

同 意 書

公立学校共済組合鳥取支部長 様

私は、公立学校共済組合鳥取支部が下記の事務を処理するため有限って、地方税関係情報を取得することに同意します。

なお、本書の提出の際の事務処理に有限っての同意であることを申し添えます。

記

- 被扶養者の資格確認
- 高額療養費の請求に係る低所得者の判定
- 高額介護合算療養費の請求に係る低所得者の判定
- 入院時食事療養費の請求に係る低所得者の判定
- 入院時生活療養費の請求に係る低所得者の判定
- 限度額適用・標準負担額減額認定証交付
- 70歳以上組合員に係る現役並所得の判定
- 特定疾病給付対象療養の認定に係る低所得者の判定

令和 年 月 日

所属所名 任意継続組合員 組合員氏名 _____

	種別	氏 名	住 所
同意者			

記入要領

- 1 同意する事務処理の□に✓をしてください。
- 2 同意する者が自署してください。(同意する者は組合員及び被扶養者に限ります。)
- 3 種別には組合員・被扶養者のいずれかを記入してください。
- 4 代理人が署名する場合は、本人からの委任状を添付してください。