

# 同意書

私は、肝炎治療費請求の申請を行うにあたり、貴職が払戻額の決定に必要な時は、次のことに同意します。

1. 請求した診療月の高額療養費該当の有無及びその額等について、加入する保険者へ照会すること。
2. 請求のある医療費の内容について、医療機関・薬局等へ照会すること。
3. 貴職が、上記について照会することに同意している旨を照会先に伝えること。

令和        年        月        日

住所

氏名

印

沖縄県保健医療介護部 地域保健課長 殿