

高額療養費等に係る承諾書  
(同月内で21,000円以上の医療費の支払いがある場合)

私は、市川市ひとり親家庭の父母等の医療費等の助成制度における助成金の算定に必要な、平成・令和 年 月分の高額療養費及び附加給付金の内容について、保険者に照会することを承諾します。

令和 年 月 日

被保険者（組合員）氏名

印