

調 査 同 意 書

鳥取県後期高齢者医療保険料の減免決定のために必要があるときは、私、私の配偶者及び世帯員の資産及び収入の状況について、鳥取県後期高齢者医療広域連合が官公庁、銀行、保険会社、雇用主その他の関係者に対して、調査、報告を求めることを同意します。

また、調査、報告の要求に対して、私が調査、報告先に対して同意していることを伝えても構いません。

年 月 日

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 様

住 所 _____

氏 名 _____ 印