第 17 号様式（第 24 条関係）

年　月　日

医療保険の保険者による情報取得についての同意書

国家公務員共済組合又は地方公務員共済組合が、国家公務員共済組合法第 60 条の２第１項又は地方公務員等共済組合法第 62 条の２第１項の共済組合の組合員による高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限って、必要な地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者１ 被保険者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
同意者２ 被扶養者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	

※　不足する場合は、次葉以降に欄を追加して作成して差し支えない。