

# 同意書

(医療保険者名) \_\_\_\_\_ から、健康保険（任意継続）加入資格・  
健康保険（任意継続）保険料収納状況の情報を向日市に提供することに同意します。

年 月 日

住 所

\_\_\_\_\_

氏 名

\_\_\_\_\_

印

生年月日

昭和

年

月

日

\_\_\_\_\_