

調 査 の 同 意 書

香川県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療保険料の減免又は徴収猶予に関する審査、決定又は実施のために必要があるときは、私及び私の世帯員の資産及び収入の状況につき、香川県後期高齢者医療広域連合が官公署、銀行、信託会社、保険会社、証券会社、雇主その他の関係人（以下「官公署等」という。）に対し、報告、必要な書類の閲覧又は資料の提出を求めることに同意します。

また、香川県後期高齢者医療広域連合からの書類の閲覧若しくは資料提供要求又は報告要求に対し、官公署等が報告することについて、私及び私の世帯員が同意している旨を官公署等に伝えることについて異議はございません。

なお、私及び私の世帯員が書面により、本同意書の撤回の意思表示をしない限り、引き続きこの同意書による調査を行うことを認めます。

年 月 日

被保険者 住 所

氏 名

㊞

世帯員

氏 名

㊞

氏 名

㊞

氏 名

㊞

氏 名

㊞

氏 名

㊞

氏 名

㊞

氏 名

㊞

氏 名

㊞

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿