

様

同意書

私は、療養費請求のため、下記受診者にかかる診療報酬明細書等（写）を名古屋市職員共済組合へ交付されることに同意いたします。

記

受診者氏名	
診療年月等	年 月 ～ 年 月

年 月 日

(被保険者)

住所

氏名

<申請先保険者>

住所：名古屋市中区三の丸3-1-1

名称：名古屋市職員共済組合

証記号番号：NGY