

## 高額療養費確認承諾書

私は、子ども医療費助成制度における助成金の算定に必要な高額療養費及び  
附加給付の内容について、保険者に照会することに承諾いたします。

年 月 日

住 所 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_ ⑩

(記入は被保険者の方の氏名でお願いします。)

子どもの氏名 : \_\_\_\_\_