

## 国民健康保険料収納照会同意書

四国中央市長 様

私は、四国中央市が行う特定不妊治療費の助成を受けるにあたり、私及び配偶者の国民健康保険料収納状況を、国保医療課に照会することに同意いたします。

住 所 四国中央市

氏 名

生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日