

同意書

年 月 日

海老名市長 殿

住所 海老名市.....

申請者及び請求者（世帯主）氏名

被保険者番号.....

海老名市国民健康保険人間ドック助成金支給申請にあたり、以下の者は海老名市市税条例第3条に規定する市税及び海老名市国民健康保険税賦課徴収条例第1条の規定により徴収する国民健康保険税の収納状況の確認、調査することに同意します。

世帯全員の氏名 (国民健康保険に加入していない 世帯員も含む)	生年月日	※職員記入欄 (宛名コード)
	T H S R	
	T H S R	
	T H S R	
	T H S R	
	T H S R	
	T H S R	

担当	受付