

島根県福祉医療費及び乳幼児等医療費の請求支払に関する同意書

令和 年 月 日

島根県国民健康保険団体連合会 宛

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

島根県福祉医療費及び乳幼児等医療費助成事業に係る費用について、当院から島根県国民健康保険団体連合会に直接請求し、支払いを受けることに同意します。

以上