

同意書

小児慢性特定疾病医療費支給事業に係る医療の給付を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、尼崎市が私の加入する医療保険者に報告を求めること、かつ提供することに同意します。

年 月 日

尼崎市 長 あて
加入医療保険者様

受診者
住所
氏名

(受診者が未成年者及び法定代理人が定められている場合には記載をお願いします)

法定代理人(親権者等)
住所
氏名

(本人との続柄:)

フリガナ 被保険者	
保険者名称	
保険者番号	
被保険者証記号番号	

受給者番号 _____ (新規申請の場合は記載不要)

※この同意書は保険者へ提出されます。