

同意書

小児慢性特定疾病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、川越市が私の加入する医療保険者に情報を提供するとともに、報告を求めることに同意します。

平成 年 月 日

(提出先)

川 越 市 長

受診者本人 住 所
氏 名 印

(受診者が18歳未満の場合は保護者にて記名押印)

法定代理人(被保険者)

住 所
氏 名 印

(本人との続柄:) (自署の場合は押印不要)