

# 同意書

小児慢性特定疾病医療費の支給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、徳島県が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

徳島県知事 殿

受診者

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人（被保険者）※受診者が18歳以上の場合は記載不要

住 所

氏 名

印

(本人との続柄：)

(自署の場合は押印不要)

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 保険変更		
ふりがな 対象者氏名		小児慢性 特定医療費 医療受給者番号	
ふりがな 被保険者氏名		被保険者証 記号番号	
被保険者証 発行機関			
添付書類	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 所得課税証明書 ( _____ 通) <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		