

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、宮崎市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

宮崎市長 殿

被保険者(法定代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

(患者氏名)

記入例

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、宮崎市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。

申請日を記入

令和 年 月 日

宮崎市長 殿

健康保険証を参考に記入してください。
共済・国保組合の場合は「被保険者名」
または「組合員名」を記入してください。
国保の場合は「世帯主名」を記入してください。

被保険者(法定代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

被保険者と患者が相違する場合にご記入ください。

(患者氏名)