

保険者からの情報提供に係る同意書

難病の患者に対する医療等に関する法律によ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、大分県が私の加入する医療保険者に報告を求め、医療保険者が私の所得区分の情報を大分県に提供することに同意します。

令和 年 月 日

大分県知事 殿

住 所

ふりがな

氏 名

印

(自著の場合は押印不要)

法定代理人 (本人が未成年や成年被後見人の時にみ記載)

住 所

氏 名

印

(自著の場合は押印不要)

(本人との続柄:)