

## 保険者からの情報提供に係る同意書

大分県肝炎に係る医療費の助成に関する規則による「肝がん・重度肝硬変の入院医療」の助成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関し、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ついて同意します。

大分県知事 殿

年 月 日

申請者住所

(ふりがな)

氏 名

⑩

(自署の場合は押印不要)

(代理人の場合)

代理人住所

氏 名

⑩

(自署の場合は押印不要)

申請者との続柄 [ ]