

保険者からの情報提供についての同意書

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、山形県が私の加入する医療保険者に照会し報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

山形県知事 殿

受診者（本人）

住 所

氏 名

保護者等※申請日時点で受診者（本人）が18歳以上の場合は記載不要です。

住 所

氏 名

（本人との続柄： ）

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※小児慢性特定疾病の受給者番号をご記入ください。（新規の方は記入不要です。）