同　　意　　書

特定疾患治療研究事業に係る医療の給付を受けるにあたり、当該事業の医療給付を受ける期間、私の医療保険上の所得区分に関する情報取得につき、山形県が私の加入する医療保険者に対し照会し報告を求めることに同意します。

平成　年　月　日

山形県知事　殿

患　　者

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（自署の場合は押印不要）

受給者番号