

## 同 意 書

「難病の患者に対する医療等に関する法律」に係る医療（特定医療費）の給付を受けるにあたり、特定医療費の給付を受ける期間、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。

年 月 日

山形県知事 殿

### 受診者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(自署の場合は押印不要)

受給者番号  
(県で記入)

--	--	--	--	--	--	--	--