

保険者からの情報提供に係る同意書

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、鹿児島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鹿児島県に提供することに同意します。

年 月 日

鹿児島県知事 殿

住 所

(フリガナ)

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

受給者番号 ()

(新規申請の場合は記載不要)

法定代理人 (本人が未成年や成年被後見人の時のみ記載)

住 所

氏 名

印

(本人との続柄:) (自署の場合は押印不要)