

同意書

特定医療費の支給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ることに同意します。

令和 年 月 日

鹿児島県知事 様

受診者

住 所

氏 名

法定代理人（18歳未満の場合は保護者）

住 所

氏 名
