

(様式第4号)

# 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、三重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。

年 月 日

三重県知事 宛て

受診者

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人 (親権者)

住 所

氏 名

印

(本人との続柄 : )

(自署の場合は押印不要)

被保険者証記号番号 :

受給者番号 :