

同意書

小児慢性特定疾病の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、明石市が私の加入する医療保険者に報告を求めることかつ提供することに同意します。

令和 年 月 日

明石市長様
加入医療保険者様

対象患者（受診者）

住所

氏名

申請者（親権者等）

住所

氏名

（本人との続柄： ）

(ふりがな)			
被保険者			
保険者名称		保険者番号	
被保険者証 記号・番号	(記号)	(番号)	

受給者番号

※この同意書は保険者へ提出されます。

(新規・転入申請の場合は記載不要)