

# 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、福岡県が私の加入する医療保険者に報告を求め、情報提供を受けることに同意します。

平成 年 月 日

福岡県知事殿

① 特定疾患医療受給者(記入必須)

住所

ふりがな

氏名

(M・T・S・H 年 月 日生) 印

② 被保険者(記入必須)

住所

ふりがな

氏名

(M・T・S・H 年 月 日生) 印

(本人との続柄: )

③ 特定疾患医療受給者の法定代理人

住所

ふりがな

氏名

(M・T・S・H 年 月 日生) 印

(本人との続柄: )

《記入時の注意》

※ ②欄は、特定疾患医療受給者が加入する医療保険の被保険者が記入・押印してください。国民健康保険の場合は、医療保険上の世帯主が被保険者となります。

※ ③欄は、①欄の特定疾患医療受給者が未成年者等により法定代理人がいる場合は、該当者が記入・押印してください。

受付保健所等記入欄		
受給者番号(確定している場合)		
保険種別 (該当に○)	協管・健組・船員・共済・国保一般・ 退職・国組・後高・その他( )	保険者番号
保険者名称		
被保険者証記号番号	記号	番号