

同 意 書

特定医療費（指定難病）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 特定医療費（指定難病）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 特定医療費（指定難病）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、特定医療費（指定難病）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欄の特定医療費（指定難病）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