

同意書

小児慢性特定疾病医療費助成を受けるに当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、岡崎市が私の加入する医療保険者に報告を求めること及び提供することについて同意します。

____年 ____月 ____日

(宛先) 岡崎市保健所長

(宛先) 加入保険者

受診者本人

住所 _____

氏名 _____

法定代理人 (親権者又は後見人)

住所 _____

氏名 _____

(本人との続柄: _____)

保険者名		保険者番号	
ふりがな 被保険者		被保険者証記号・番号	

受給者番号 _____ (新規申請の場合は記載不要)

この同意書は保険者へ提出されます。

記入例

同意書

小児慢性特定疾病医療費助成を受けるに当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、岡崎市が私の加入する医療保険者に報告を求めること及び提供することについて同意します。

申請日を御記入ください。

令和4年 7月 10日

(宛先) 岡崎市保健所長

(宛先) 加入保険者

受診者本人

小児慢性特定疾病医療給付受診者本人の住所・氏名御記入ください

住所 岡崎市 若宮町 2丁目 1番地 1

氏名 岡崎 花子

法定代理人 (親権者または後見人)

医療給付対象者が未成年の場合は、法定代理人(親権者又は後見人)が御記入ください。

住所 岡崎市若宮町 2丁目 1番地 1

氏名 岡崎 太郎

(本人との続柄: 父)

保険者名		保険者番号	
ふりがな 被保険者		被保険者証記号・番号	

受給者番号 (新規申請の場合は記載不要)

* この同意書は保険者へ提出されます。