小児慢性特定疾病用

保険者からの情報提供についての同意書

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、山形県が私の加入する医療保険者に照会し報告を求めることに同意します。

令和　　年　　月　　日

山形県知事　殿

受診者（本人）

住　　所

氏　　名　　印

（自署又は押印）

保護者（法定代理人）

住　　所

氏　　名　　印

（本人との続柄：　　）　（自署又は押印）

※小児慢性特定疾病の受給者番号をご記入ください

（新規の方は記入不要です。）

受給者番号							