

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、山形県が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

年 月 日

山形県知事 殿

患 者

住 所 _____

氏 名 _____

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

法定代理人

住 所 _____

氏 名 _____