

## 同 意 書

小児慢性特定疾病医療費助成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、鳥取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。

※なお、この同意書は、小児慢性特定疾病医療費助成に係る医療の給付を受ける期間において、効力を有します。

※交付申請時に、市町村民税が非課税であることを証明する書類等の保険者が所得区分の認定を行うために必要な書類を鳥取県に提出している場合は、裏面を記入してください。

平成 年 月 日

総合事務所長

様

福祉保健事務所長

住 所 〒 ー

(ふりがな)

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人

住 所 〒 ー

(ふりがな)

氏 名

印

(本人との続柄： )

(自署の場合は押印不要)

小児慢性特定疾病医療費助成の交付申請時に、私が鳥取県に提出している市町村民税が非課税であることを証明する書類等の保険者が所得区分の認定を行うために必要な書類について、必要がある場合は、その写しを鳥取県が私の加入する医療保険者に提供することについて同意します。

被保険者（対象患者の加入する医療保険の被保険者）※

住 所 〒 —

(ふりがな)

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

※ 医療保険が国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険については世帯主、市町村国民健康保険以外の国民健康保険組合については組合員を、被保険者としてお書きください。この場合、当該被保険者加入国民健康保険の世帯全員の同意があったものとみなします。