

様式第 10 号

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、大分県が私の加入する医療保険者に報告を求め、また医
療保険者が大分県へ回答をすることに同意します。

年 月 日

大分県知事 殿

保険者の長 殿

住 所

受診者名

法定代理人

住 所

氏 名

印

(受診者との続柄：)

(自署の場合は押印不要)