

所得区分の情報提供についての同意書

小児慢性特定疾病医療費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、新潟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

新潟県知事 様

受診者 住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

受給者番号

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

※新規申請の場合記入不要

法定代理人 住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

(本人との続柄 :)