

同意書

難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく特定医療費の支給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、岐阜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

岐阜県知事 様

住 所

氏 名

法定代理人（未成年者又は成年被後見人の場合のみ）

住 所

氏 名

（本人との続柄： ）

被用者保険に加入の被扶養者の場合のみ記載

ふりがな	
被保険者氏名	