

※この様式は、特定医療費（指定難病）請求書【別記第1号様式（第2条関係）】を提出する際に添付してください。

## 同意書

私は、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（指定難病）の申請のため、高額療養費の支給決定の有無・内容及びその決定に関する高額療養費算定対象の診療（調剤）報酬明細書の内容等について、岐阜県健康福祉部保健医療課が加入医療保険者あて照会することに同意します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

- 全国健康保険協会 \_\_\_\_\_支部長
  - 岐阜県後期高齢者医療広域連合長
  - \_\_\_\_\_健康保険組合長
  - \_\_\_\_\_長
- } 様

※特定医療費（指定難病）請求書【別記第1号様式（第2条関係）】に記載のある診療年月期間に加入していた、当時の医療保険者名にチェック☑を入れてください。

また、必要に応じて下線部の記入をお願いいたします。

記号番号 (被保険者番号)	
被保険者住所	
被保険者氏名	
患者氏名	※被保険者と患者が同一の場合は省略可
患者生年月日	_____年 _____月 _____日