

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

同 意 書

特定疾患治療研究事業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、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

印 (自署の場合は押印不要)

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

印 (自署の場合は押印不要)

(患者本人との続柄:)

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	