

# 同意書

小児慢性特定疾病医療費支給認定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、越谷市が私の加入する医療保険者に情報を提供するとともに報告を求めることに同意します。

年 月 日

(あて先)越谷市長  
医療保険者代表者 様

(患者本人)

住 所 .....

氏 名 .....

(被保険者)

住 所 .....

氏 名 .....

法定代理人

住 所 .....

氏 名 .....

(本人との続柄: )

被保険者証発行機関名	
記号・番号	