

## 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) ※ 国民健康保険や国民健康保険組合の方で被保険者が未成年の場合は世帯主または組合員を記入してください。

住 所 .....

氏 名 .....

法定代理人 (被保険者以外の方が患者本人の代理人となる場合に記入)

住 所 .....

氏 名 .....

(本人との続柄: )

保険者名 ※保険組合の名称	
記号・番号	