

別紙様式第6号（第10条関係）

保険者名		受給者 番号	
被保険者証 の記号番号			

※ 上記枠内は保健所で記入しますので、空欄で結構です。ただし、申請時と保険者名又は被保険者証の記号・番号が変更になっている場合、保険証の写しを添付の上、保険者名又は被保険者証の記号・番号欄に現在の内容を記入してください。

同意書

小児慢性特定疾病医療支援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、茨城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。

平成 年 月 日

茨城県知事 殿

（患者本人）

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

（自筆の場合は押印不要）

（法定代理人（被保険者））

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

（本人（申請者）との続柄： _____）（自筆の場合は押印不要）

※ 上段（患者本人）には、対象となるお子さんの住所、氏名を記入し、押印してください（患者ご本人記入の場合、押印は不要です。）。

※ 下段には、法定代理人であるご申請者（ご本人の保護者で、医療保険の加入者）の住所（患者本人と同居の場合、住所は「同上」で結構です。）、氏名をご記入願います（代理人ご本人記入の場合、押印は不要です。）。