

保険者の認定に係る同意書

長崎県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による医療費の支給を受けるに当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、長崎県が私の加入する医療保険者に報告を求め、また医療保険者が長崎県へ回答することに同意します。

年 月 日

長 崎 県 知 事 様
保 険 者 の 長 様

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人 (受給者本人が上記に自署した場合は記載不要)

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)