

同意書

特定医療費（指定難病）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、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をすることに同意します。

令和 年 月 日

長崎県知事 様

保険者の長 様

住 所

氏 名

（受給者氏名）

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

（本人との続柄： ）

印

（自署の場合は押印不要）