（様式１１）

同　　意　　書

特定疾患治療研究事業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、秋田県が私の加入する医療保険者に報告を求め、医療保険者が秋田県に報告することに同意します。

平成　　年　　月　　日

（あて先）秋田県知事

（あて先）医療保険者

受給者

住　　所

氏　　名　　印

（自署の場合は押印不要）

法定代理人

住　　所

氏　　名　　印

（本人との続柄：　　）　（自署の場合は押印不要）

これより下は保健所、県使用欄ですので、記入しないでください。

受給者番号	
医療保険者名	

原本と相違ないことを証明します

平成　　年　　月　　日　秋田県健康福祉部健康推進課長　印