

同 意 書

特定医療費（指定難病）の医療費の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、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。

令和 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

令和 年 月 日 秋田県健康福祉部保健・疾病対策課長 印