

同意書

小児慢性特定疾病の医療費助成制度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、久留米市が私の加入する医療保険者に報告を求め、情報提供を受けることに同意します。

令和 年 月 日

久留米市保健所長 殿

患 児

住 所

ふりがな

氏 名（平成・令和 年 月 日生） 印

（自署の場合は押印不要）

法定代理人

住 所

ふりがな

氏 名（昭和・平成 年 月 日生） 印

（本人との続柄： ）（自署の場合は押印不要）

被保険者（法定代理人と同様の場合は記入不要）

住 所

ふりがな

氏 名（昭和・平成 年 月 日生） 印

（本人との続柄： ）（自署の場合は押印不要）

保 健 所 確 認 記 入 欄			
受給者番号（確定している場合）			
保険者区分	国保一般・国組家族・その他（ ）		
保険者番号		名称	
被 保 険 者 証 記 号 番 号		記号	番号