

通番号

同 意 書

小児慢性特定疾病医療費助成制度にかかる医療の給付を受けるにあたり必要があるときは、患者（受診者）の医療保険上の所得区分に関する情報につき、神戸市が私の加入する医療保険者に情報を提供するとともに報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

神戸市長 様
医療保険者 様

受診者（自署）

住 所

氏 名

法定代理人（自署）

住 所

氏 名

（本人との続柄： ）

被保険者氏名		記号・番号	
保険者番号・名称	(番号)	(名称)	
資格取得日（認定日）			

受給者番号

（新規申請時記入不要）

* この同意書は保険者へ提出されます。

* 法定代理人は、代理人の一種で法律により代理権を有することを定められた者のことです。

（親権者、未成年後見人など）