

--	--	--	--	--	--	--

## 同 意 書

小児慢性特定疾病医療費受給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、岐阜県が私の加入する医療保険者に報告を求めること、また、医療保険者が岐阜県に報告を行うことに同意します。

年 月 日

岐阜県知事 殿

住 所

ふり がな  
氏 名

法定代理人(保護者)

住 所

氏 名

(本人との続柄: )

注) 本人が未成年の場合は法定代理人の記載をお願いします。

被用者保険に加入の被扶養者の場合記載

ふ り が な	
被 保 険 者 氏 名	