

## 同 意 書

小児慢性特定疾病医療支援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、姫路市が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

(宛先) 姫 路 市 長  
(宛先) 加入 医 療 保 険 者

受給者 住 所  
生年月日 H・R 年 月 日  
氏 名

法定代理人（保護者） 住 所  
氏 名  
(本人との続柄： )

現在お持ちの被保険者証についてご記入ください。

フリガナ 被保険者名		記号番号	
保険者名称		保険者番号	

・この同意書は、保険者へ提出されます。