

同意書

特定医療費（指定難病）に係る医療の給付を受けるに当たり、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いて、長崎県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

長崎県知事 様

保険者の長 様

<患者本人>

住 所

氏 名

印

※記名押印若しくは自筆による署名

<法定代理人（患者が未成年又は成年被後見人の場合）>

住 所

氏 名

印

※記名押印若しくは自筆による署名

（患者との続柄： ）