

医療保険者との情報提供に係る同意書

小児慢性特定疾病医療支援事業に係る医療費の支給を受けるにあたり、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、柏市が私の加入する医療保険者との情報提供を行うことに同意します。

年 月 日

柏 市 長 あ て

患 者

氏 名： _____

住 所： _____

被保険者

氏 名： _____

(自署しない場合は記名押印)

住 所： _____

【患者本人との続柄： _____】

(注) 患者住所氏名欄、及び被保険者欄ともご記入ください。