

受給者番号

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

## 同 意 書

特定疾患治療研究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、静岡県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

静岡県知事 殿

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人

住 所

氏 名

印

(本人との続柄： ) (自署の場合は押印不要)