

受給者番号

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

## 同 意 書

難病の患者に対する医療等に関する法律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

(患者本人以外が書いた場合は押印してください)

法定代理人

住 所

氏 名

印

(本人との続柄 : )

(患者本人以外が書いた場合は押印してください)