

同意書

小児慢性特定疾病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、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。

年 月 日

来所する日

静岡県知事 様

住 所
(ふりがな)
氏 名

お子さまの名前

印

法定代理人

住 所
(ふりがな)
氏 名

18歳以上：記載不要
18歳未満：申請者の名前
・社会保険の場合：被保険者
・国民健康保険の場合：
同じ国民健康保険に加入する父もしくは母

印

(本人との続柄：)

※以下の欄は記入しないでください

保健所名	御殿場	受給者番号	
------	-----	-------	--

申請後、職員が記入します。
(新規はシステム入力後に記載)