

同 意 書

小児慢性特定疾病医療支援の医療給付を受けるにあたり、必要があるときは、私の医療保険上の高額療養費の適用区分(所得区分)に関する情報について、倉敷市が私の加入する医療保険者に報告を求めること、及び高額療養費の算定基準を決定するために必要な所得に関する情報を保険者へ提供することに同意します。

令和 年 月 日

倉 敷 市 長 様

受 給 者

住 所

氏 名

法定代理人

※

住 所

氏 名

※ 法定代理人へは、受給者であるお子様が18歳未満の場合には健康保険証の被保険者である保護者を御記入ください。
その他の場合は記入不要です。