

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

更新申請・変更届の場合は受給者番号を記載すること。

同意書

特定医療費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、岩手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

岩手県知事 様

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)

- ※ 患者の住所・氏名を記載すること。
- ※ 法定代理人は患者が未成年の場合等に親等の住所・氏名を記載すること。