

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

受給者番号を記載すること。

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、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)

※ 患者の住所・氏名を記載すること。

健康保険証に変更があった方のみ、提出してください。