

医療保険者への情報提供等についての同意書

小児慢性特定疾病医療費給付制度に係る医療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、川
口市が私の加入する医療保険者に情報を提供するとともに、報告を求め
ることに同意します。

令和〇年△月□日

(あて先) 川口市長

医療保険者様

記入日をご記入ください

(患者本人) 住所 川口市南町1-9-20

氏名 川口 健増

(被保険者) 住所 川口市南町1-9-20

氏名 川口 太郎

患者本人の加入されている医療保険が
国民健康保険（川口市国保）または国民健康保険組合の場合は
患者本人のお名前をご記入ください。

加入医療保険者名	〇〇健康保険組合または〇〇国民健康保険組合 国民健康保険（川口市国保）のかたは「川口市」とご記入ください
記号・番号	保険証、資格確認書等に記載の 記号・番号をご記入ください