

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。

年 月 日

(あて先) 川口市長

医療保険者 様

(患者本人) 住 所

氏 名

(被保険者) 住 所

氏 名

加入医療保険者名	
記号・番号	