

同意書

指定難病にかか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、香川県が私の加入する医療保険者に報告を求めることを同意します。

年 月 日

香川県知事 殿

(患者本人) 必ず記載してください。

住 所	
フリガナ	
氏 名	

(保護者) 患者本人が18歳未満の場合に記載してください。

住 所		
フリガナ		本人との続柄
氏 名		

※ 高額療養費の所得区分を保険者に照会することに対する同意書です。