

医療保険の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支援に係る医療の給付を受けるに当たり、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いて、葛飾区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

葛飾区長 殿

受診者（患児（者））

住 所
氏 名

保護者（申請者・被保険者）

※患者が18歳以上の場合、以下は記入不要

住 所
氏 名

(対象児童等との続柄：)

受給者番号

(新規申請の場合は記入不要)