

【別紙様式第9号】

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

※新規申請時は記入不要です。

「医療保険上の所得区分を確認するための同意書」

小児慢性特定疾病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、熊本県が私の加入する医療保険者に報告を求め、また医療保険者が私の所得区分の情報を熊本県に提供することに同意します。

年 月 日

熊本県知事 様
保険者の長 様

【受診者】

住 所 _____

氏 名 _____

【法定代理人（保護者）】

（保護者の）住 所 _____

（保護者の）氏 名 _____

（本人との続柄： _____）

<記入上のお願い>

- ・受診者は未成年のため、法定代理人（保護者）の欄も併せてご記入ください。
- ・「法定代理人」とは、「保護者」すなわち「親権者」や「未成年後見人」にあたります。