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

**【別紙様式第８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＞

　　・受診者が１８歳以上の場合は、法定代理人（保護者）の欄は記入不要。

　　・「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。

**【別紙様式第８号】**

**記入例**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ |

※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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和○　年　△　月　✕日

　熊本県知事　様

　保険者の長　様

【受診者】

住　　所 **八代市松江城町1丁目1番1号　南アパート1号**

氏　　名　　**熊本　花子**

　　【法定代理人（保護者）】

　　 （保護者の）住　　所 **八代市松江城町1丁目1番1号　南アパート1号**

　　 （保護者の）氏　　名　　　**熊本　太郎**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人との続柄：　**父**　　　　）

＜記入上のお願い＞

　　・受診者が１８歳以上の場合は、法定代理人（保護者）の欄は記入不要。

　　・「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。