

【別紙様式第8号】

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

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を、熊本県と医療保険者が共有をすることに同意します。また、高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限って、必要な地方税関係情報について取得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

同意者 1	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
同意者 2	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
同意者 3	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	

※申請者及び支給認定基準世帯員に当たる者すべての方が記入してください。

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

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を、熊本県と医療保険者が共有をすることに同意します。また、高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限って、必要な地方税関係情報について取得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

同意者 1	申請者との続柄	本人
	フリガナ	クマモト ハナコ
	氏名	熊本 花子
	生年月日	令和 8 年 5 月 1 4 日
	住所	八代市松江城町 1 丁目 1 番 1 号南アパート 1 号
同意者 2	申請者との続柄	父
	フリガナ	クマモト タロウ
	氏名	熊本 太郎
	生年月日	平成 8 年 5 月 1 3 日
	住所	八代市松江城町 1 丁目 1 番 1 号南アパート 1 号
同意者 3	申請者との続柄	母
	フリガナ	クマモト ツグコ
	氏名	熊本 次子
	生年月日	平成 8 年 5 月 1 2 日
	住所	八代市松江城町 1 丁目 1 番 1 号南アパート 1 号

※申請者及び支給認定基準世帯員に当たる者すべての方が記入してください。
※被用者保険加入者以外は記入不要です。