

※公費負担番号	
※受給者番号	
※保険者番号	

(※当職記入欄)

## 同意書

小児慢性特定疾病医療費の支給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、富山市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

(宛先) 富山市保健所長

住 所

氏 名

法定代理人

住 所

氏 名

(本人との続柄: )

## <記載例>

保護者または受診者による記入は不要。

※公費負担番号	
※受給者番号	
※保険者番号	

## 同意書

小児慢性特定疾病医療費の支給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、富山市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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 富山市保健所長

受診者の住所及び氏名を記入。

住 所 富山市蜷川459番地1  
氏 名 立 山 花 子

法定代理人

保護者の住所、氏名及び受診者との続柄を記入。

※受診者が保険の扶養に入っている場合（社保の扶養等）は、被保険者名を記入。

住 所 富山市蜷川459番地1  
氏 名 立 山 太 郎

(本人との続柄: 父)