

加入医療保険者に報告を求めることへの同意書

小児慢性特定疾病医療費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、高松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

高松市長 様

患 者 住所

氏名

㊞

(自署の場合は押印不要)

法定代理人 住所 (※) 患者と法定代理人の住所が異なる場合のみ、御記入ください。

(被保険者)

氏名

㊞

(本人との続柄:)

(自署の場合は押印不要)

【申請先】 高松市保健センター 〒760-0074 高松市桜町一丁目9番12号 TEL087-839-2363
ご不明な点がございましたら、こちらまで御連絡ください。