

受付番号
— —

同 意 書

難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく特定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、名古屋市が私の加入
する医療保険者に報告を求めることかつ医療保険者が名古屋市に提供することについて
同意します。

令和 年 月 日

名古屋市長 様

医療保険者 様

住 所 名古屋市 区

氏 名

法定代理人（親権者又は後見人）

住 所

氏 名

（本人との続柄： ）

保険者番号（右詰記入）

--	--	--	--	--	--	--	--