

同意書

特定医療費（指定難病）に係る医療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、宮城県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 年 月 日

宮 城 県 知 事 殿

受給者番号

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

（新規・転入申請の場合は受給者番号は不要です）

生年月日 年 月 日

住 所

氏 名

印

（自署の場合は押印不要）

法定代理人

住 所

氏 名

印

（自署の場合は押印不要）

※患者が未成年の場合は法定代理人の署名が必要です。

※保健所窓口記入欄※

・該当する医療保険の種類にレ点をつけてください。

☐（ア） 市町村国民健康保険

☐（イ） 国民健康保険組合