

この用紙は、健康保険が共済組合（公務員等が加入する共済組合：私学共済以外）で被保険者の市町村
 民税が非課税の場合に提出していただくものです。対象となる方は、以下に必要事項を記入してくだ
 さい。

受給者番号

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

同意書

難病の患者に対する医療等に関する法律又は特定疾患治療研究事業に基づく特定医療費の支給を受けるにあたり、加入している国家公務員共済組合が国家公務員共済組合法第 60 条の 2 第 1 項の共済組合の組合員による高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査を処理するため、又は地方公務員共済組合が地方公務員等共済組合法第 62 条の 2 第 1 項の共済組合の組合員による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り、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。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

令和 年 月 日

（宛先） 医療保険者 様

（患者本人）

住 所

氏 名

（被保険者）

住 所

氏 名

（法定代理人）

住 所

氏 名

（本人との続柄： ）

保険者名	
記号・番号	