

# 同意書の御提出について

本同意書は、患者様が加入する国家公務員共済組合又は地方公務員共済組合（以下「国地方共済組合等」という。）が、健康保健法施行令第四十一条第七項の規定により、限度額適用・標準負担額減額認定又は限度額適用認定をするため、（患者様が加入する国地方共済組合等が）情報提供ネットワークシステムにより地方税関係情報の提供を受けることについての同意書となります。

お手数ですが記載例を参考に表面の同意書に記名をお願いします。

## 《記載例》

<b>該当者のみ提出</b>	
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	<input type="text"/>
<b>同 意 書</b>	
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 埼玉県さいたま市浦和区高砂〇-〇-〇 氏 名 〇〇 〇〇
（被保険者）	住 所 埼玉県さいたま市浦和区高砂〇-〇-〇 氏 名 △△ △△
（法定代理人）	住 所 ..... 氏 名 ..... <small>（本人との続柄： ）</small>
保険者名	.....
記号・番号	.....

患者さんが住所、氏名を記名します。

患者さんが被保険者の場合は記名をしなくて結構です。

患者さんが未成年の場合は必ず親権者の方が記名してください。

加入している健康保険情報について記載してください。

※ 法定代理人は、代理人の一種で法律により代理権を有することを定められた者のことです。次の方などが法定代理人です。

- ・親権者（親権を行う者）未成年後見人、成年後見人など