

## 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、埼玉県が私の加入する医療保険者に情報を提供するとともに、報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

(宛先) 埼玉県知事

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	

※事務処理欄

受	給	者	番	号		