

同意書の提出のお願い

受給者証に高額医療費の所得区分を記載するため、県は受給決定した患者さんが加入している医療保険の保険者に所得区分の確認を行います。

については、医療保険に加入している方の情報提供等に係る同意が必要ですので、お手数ですが次ページの同意書に記名をお願いします。

〈記入例〉

同 意 書		通 面
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		患者さんが住所、氏名を記名します。
(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		患者さんが被保険者の場合は記名をしなくて結構です。
(被保険者) 住 所 埼玉県さいたま市浦和区高砂〇-〇-〇 氏 名 △△ △△		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。
(法定代理人) 住 所 氏 名 (本人との続柄:)		
保険者名	まるまる健康保険組合	お手持ちの健康保険証を見て記載してください。
記号・番号	ま 78・12345	
※事務処理欄		
受 給 者 番 号		

※ 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

通 番	
--------	--

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		