

※保健所等記載欄

保険種別	被用者・国保・後期高齢・国保組合						
保険者名							
保険者番号 (被用者のみ)							

同 意 書

特定疾患治療研究事業に係る医療の給付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、北海道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。

年 月 日

北海道知事 様

住 所

氏 名

(記名)

法定代理人

住 所

氏 名

(記名)

(本人との続柄：)