

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 (被用者保険のみ・8ケタ)	

※上記の保険種別、保険者名、保険者番号欄は保健所等で記入しますので、申請者(患者)は記入しないでください。

医療保険証に関する同意書

難病の患者に対する医療等に関する法律第5条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、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

(署名)

法定代理人(保護者等)

住 所

氏 名

(本人との続柄：)

- 記載年月日
- 住所
- 氏名

のご記入をお願いします。

※ 同意しない場合は記入不要ですが、その場合、受給者証交付にあたり、申請者ご自身が医療保険者へ、所得区分に関する情報を確認の上、北海道に報告いただく場合があります。