

# 同意書

私は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による医療費の支給決定のために必要があるときは、和歌山県が医療費等に関する詳細を加入保険機関、又は受療医療機関等に照会を求めることに同意します。

また、和歌山県の照会に対し、上記関係機関が証明することについて、私が同意している旨を照会機関に伝えてまいります。

年 月 日

和歌山県知事 様

被保険者住所

被保険者氏名

印

受給者住所

受給者氏名

印