

同意書

私は、特定医療費（指定難病）支給認定申請にあたり、その認定業務に必要な範囲で、和歌山市が保有する下記の受診者及び受診者の世帯員に係る住民基本情報、所得、課税、国民健康保険・介護保険の加入状況、生活保護の受給状況及び小児慢性特定疾病の受給状況について、閲覧又は調査することに同意します。

また、医療保険上の所得区分に関する情報について、加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

なお、以上の内容について、世帯全員の同意を得ていることを申し立てます。

年 月 日

和歌山県知事 様
和歌山市長 様

(受診者) ※ 患者本人

住所 和歌山市 _____

氏名 _____

(被保険者) ※ 受診者と被保険者が同じ場合は、記載せず下記□にチェックしてください。

住所 _____

氏名 _____ 受診者との続柄 ()

受診者と同じ

(申請者) ※ 受診者と申請者が同じ場合は、記載せず下記□にチェックしてください。

住所 和歌山市 _____

氏名 _____ 受診者との続柄 ()

受診者と同じ