

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、京都府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

京 都 府 知 事 様

(患者本人)

住 所

氏 名

印

(法定代理人) ※

住 所

氏 名

印

(本人との続柄：)

加入保険名	(記載例：〇〇市国民健康保険、京都府後期高齢者医療広域連合、 全国健康保険協会 〇〇支部、など)
特定疾患 受給者番号	(新規申請の場合は空白)

※は、必要な場合に御記入ください。なお、患者本人が中学生以下の場合は、※に保護者（健康保険の被保険者等）の住所、氏名を御記入ください。