

保険者からの情報提供等に関する同意書

小児慢性特定疾病医療費支給認定に当たり必要があるときは、私(受診者)の加入する医療保険上の所得区分(高額療養費適用区分)に関する情報につき、高知市が保険者に情報を提供するとともに、報告を求めることに同意します。

また、私(受診者および法定代理人)は、保険者への所得区分照会に当たり必要な書類があるときは、その必要書類(市・県民税課税(所得)証明書等)の取得に関する権限を高知市に委任します。

年 月 日

高 知 市 長 様

【受診者】

住 所 : _____

氏 名 : _____ 印 ※自署の場合は押印不要

生年月日 : _____ 年 月 日

【法定代理人(保護者等)】 (受診者との続柄 : _____)

住 所 : 受診者に同じ・ _____

氏 名 : _____ 印 ※自署の場合は押印不要

生年月日 : _____ 年 月 日