

保険者からの情報提供に係る同意書

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を受けるに当たり
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、大分県が
私の加入する医療保険者に報告を求め、提供を受けることに同意します。

大分県知事 殿

年 月 日

申請者住所

(ふりがな)
氏 名

(代理人の場合)
代理人住所

氏 名
申請者との続柄 []