

特定医療費（指定難病）請求における保険者、 医療機関からの情報提供に係る同意書

特定医療費（指定難病）請求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、大分県が私の加入する医療保険者、特定医療費（指定難病）証明書を作成した医療機関に報告を求め、医療保険者・医療機関がそれらの情報を大分県に提供することに同意します。

年 月 日

大分県知事 殿

氏 名

住 所

法定代理人（本人が未成年や成年被後見人の時のみ記載）

氏 名

住 所

生年月日

（本人との続柄： ）