

～ 同意書の提出のお願い～

- この同意書は、受給者証の「適用区分」欄に表示する所得区分について、医療保険者への確認行為を皆様の同意に基づき行うもので、皆様の負担額に影響はありません。

## 同 意 書

小児慢性特定疾患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、横浜市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

(提出先) 横浜市長

本人 (対象者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(自署の場合は押印不要)

被保険者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(自署の場合は押印不要)

(本人との続柄: \_\_\_\_\_)