

同意書

小児慢性特定疾病に係る医療の支給を受けるにあたり
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、宮城県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。

令和 年 月 日

宮城県知事 殿

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--

(新規・転入申請の場合は受給者番号は不要です)

生年月日 年 月 日

対象患者

住所

氏名

申請者 (法定代理人)

住所

氏名

※患者が未成年の場合は法定代理人の署名が必要となります。

※保健所窓口記入欄※

・該当する医療保険の種類にレ点をつけてください。

(ア) 市町村国民健康保険

(イ) 国民健康保険組合