

※ 事務処理欄

加入医療保険名						
受給者番号						

同意書

特定医療費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、熊本市が私の加入する医療保険者に報告を求め、また医療保険者が熊本市へ回答をすることに同意します。

年 月 日

熊本市長 様

医療保険者の長 様

(患者本人)

住所

氏名

㊞

(自署の場合は押印不要)

(法定代理人) ※ 患者本人が18歳未満や成年被後見人等の場合に記載

住所

氏名

㊞

(自署の場合は押印不要)

(本人との続柄:

)