

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

令和 年 月 日

## 同意書

小児慢性特定疾病医療費の支給を受けるにあたり、必要があるときは、下記の者の医療保険上の所得区分に関する情報を、熊本市が私の加入する医療保険者に報告することに同意します。また、高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限って、必要な地方税関係情報について取得することに同意します。

熊本市長 様

保険者長 様

同意者 1	申請者との続柄	本人
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	S・H・R 年 月 日
	住所	
同意者 2	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	S・H・R 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 同意者 1 と同じ
同意者 3	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	S・H・R 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 同意者 1 と同じ

※申請者及び支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）に当たる者すべての方が記入してください。

※高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務とは、国家公務員共済組合法第 60 条の 2 第 1 項及び地方公務員等共済組合法第 62 条の 2 第 1 項に基づくものです。