

同意書

特定疾患治療研究事業に係る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、京都府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

京都府知事様

(患者本人)

住所

氏名

(法定代理人) ※

住所

氏名

(本人との続柄:)

※は、必要な場合御記入ください。受給者本人が中学生以下の場合は、保護者（健康保険の被保険者等）の住所、氏名を御記入ください。

加入保険名	<input type="checkbox"/> () 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 京都府・その他 () <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 () 支部 <input type="checkbox"/> その他 ()
特定疾患 受給者番号	(新規申請の場合は空白)