

# 同意書

特定医療（指定難病）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、群馬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

群馬県知事 殿

住 所

患者氏名

法定代理人

住 所

氏 名

(患者本人との続柄： )