

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。

令和〇〇年 〇月 〇日

群馬県知事 殿

住 所 前橋市 〇〇町 〇〇 〇-〇-〇

患者氏名 群馬 太郎

令和3年4月1日以降
押印は不要になりました

法定代理人 ※法定代理人がいる場合のみご記入ください。

住 所 高崎市 〇〇町 〇〇 〇-〇-〇

氏 名 群馬 次郎

令和3年4月1日以降
押印は不要になりました

(患者本人との続柄：長男)