

同 意 書

難病の患者に対する医療等に関する法律に係る医療の給付を受けるに当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、新潟県が私の加入する医療保険者に報告を求めること及び私の加入する医療保険者が新潟県に回答を行うことに同意します。

年 月 日

新潟県知事 殿

受給者 住 所

氏 名

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--

印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人 住 所

氏 名

(本人との続柄：)

印

(自署の場合は押印不要)