

同意書

小児慢性特定疾病医療費助成制度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、

チェック欄 (必須)

- 高槻市が私の加入する医療保険者へ認定に必要な情報を提供し、報告を求めることに同意します。

チェック欄 (希望者はチェック)

- 個人番号を利用して、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に規定する情報提供ネットワークシステムにより情報連携を行い、提出書類を省略することを希望します。

年 月 日

(宛先) 高槻市長

受給者 住 所 _____
氏 名 _____

被保険者 住 所 受給者と同じ
受給者と異なる (_____)
氏 名 _____

受診者との続柄 (_____)