医療保険者照会同意書

　小児慢性特定疾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、香川県

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。

　　　年　　月　　日

香川県知事　殿

**受診者本人（患者）**

　　　　　　　住　　所

氏　　名

**法定代理人（保護者）**

　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　（本人との続柄：　　　）

記載について

＊　法定代理人とは、本人に代わって法律行為を行う方のことです。具体的には、未成年者の場合、親権者（保護者等）を指します。

＊　受診者本人、法定代理人　両欄への記入をお願いします。

＊　法定代理人の氏名の記載を自署で行う場合は押印を省略できます。

医療保険者照会同意書