

# 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、千葉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。

平成 年 月 日

千葉県知事 様

(患者本人)

住所

氏名

印

(自署の場合は押印不要)

(健康保険の被保険者又は法定代理人)

住所

氏名

印

(自署の場合は押印不要)