

医療保険上の所得区分照会における同意書

難病の特定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、沖縄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 年 月 日

沖縄県知事 殿

受給者

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人

住 所

氏 名

印

(本人との続柄:)

(自署の場合は押印不要)

医療保険上の所得区分照会における同意書

難病の特定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、沖縄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。

令和〇年〇月〇日

沖縄県知事 殿

受給者

住 所 ○〇町字△△ □□番地

氏 名 沖縄 太郎

印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人

住 所

氏 名

「法定代理人」の欄は、受給者が18歳未満で保護者(親権者)が申請する場合や、法定代理人(後見人、補佐人、補助人等)が申請する場合のみ記入ください。
ご本人や代理の方が委任状を持参して申請する場合は記載不要です。