

同意書

小児慢性特定疾病医療費の支給を受けるにあたり、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、堺市が私の加入する医療保険者に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。

年 月 日

堺市長様

【受診者】 住所

ふりがな
氏名

受給者番号 (すでに医療受給者証をお持ちの方)

【申請者】 住所

ふりがな
氏名

受診者との続柄

※申請者は、受診者が18歳以上の場合は受診者本人、18歳未満の場合は保護者となります。

市町村民税課税	
---------	--

医療受給者証の記載内容に伴う同意書の提出について

- 厚生労働省の指導により、小児慢性特定疾病医療受給者証に、受診者の健康保険証情報(保険者名・記号・番号・高額療養費の所得区分等)を追記することになっています。
- 実施にあたっては、堺市から各医療保険者に対し、課税証明書等の必要な情報を添えて、医療保険上の所得区分を照会する必要がありますので、このことについて、裏面の「同意書」によりご同意いただきますようお願いいたします。(同意書は1度提出いただければ、その後の更新の際には不要です。)