

保険者への情報提供等に係る同意書

年 月 日

堺市長 殿

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条第1項の特定医療費の支給を受けるに当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対して必要な情報を提供し、報告を求めることに同意します。

受 診 者

住 所

氏 名

（受診者が自署しない場合は、記名押印をしてください。）

（法定代理人）

※ 法定代理人がいる場合のみ記載してください。

住 所

氏 名

（法定代理人が自署しない場合は、記名押印をしてください。）