

高額療養費にかかる同意書

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、佐賀県が私の加入する医療保険者に報告を求め、また医療保険者が佐賀県へ回答をすることに同意します。

平成 年 月 日

佐賀県知事 様

保 険 者 の 長 様

住 所

氏 名
(被保険者氏名)

印
(自署の場合は押印不要)

法定代理人

住 所

氏 名
(本人との続柄 :)

印
(自署の場合は押印不要)

同意書に添付する書類

(高額療養費の所得区分を確認するための書類)

交付する受給者証に記載する、高額療養費の所得区分を、加入されている健康保険組合等に照会しますので、下の図に従って必要書類を添付してください。

※ 別紙①の裏面「市町村民税を確認するための添付書類」で必要な書類と同一のものは、1通で構いません

