

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。

令和 年 月 日

佐賀県知事 様

保 険 者 の 長 様

住 所

氏 名

(受診者氏名)

印

(自署の場合は押印不要)

(被保険者氏名) ※受診者が被保険者の場合は記載の必要なし

住 所

氏 名

(本人との続柄 :

)

印

(自署の場合は押印不要)

受給者番号	
保険者名	