受付番号

健康保険証等コピー　貼付台紙

患者分

支給認定基準世帯員分

同　　意　　書

難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく特定医療費の支給を受けるに当たり必要があるときは、私の健康保険上の所得区分に関する情報につき、相模原市が私の加入する健康保険の保険者に情報を提供するとともに、報告を求めることに同意します。

令和　　年　　月　　日

相模原市長　あて

受給者番号

保 険 者 名（交付者名）

保険者番号

（患者本人）

住　　所

氏　　名

（法定代理人）

住　　所

氏　　名

（本人との続柄：　　）