

## 医療保険者への情報提供等についての同意書

小児慢性特定疾病医療費助成制度に係る医療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、埼玉県が私の加入する医療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

(宛先) 埼玉県知事

医療保険者 様

受診者

住 所

氏 名

申請者（保護者等） ※受診者と同じ保険の被保険者、世帯主、組合員

※受診者本人の場合は、本人と記載

住 所

氏 名

(本人との続柄： )