

同意書

小児慢性特定疾病医療費支給認定事業に係る医療費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、福山市
が私の加入する医療保険者に報告を求めること、及び高額療養費の算定基準
を決定するために必要な所得に関する情報を医療保険者へ提供することに同
意します。

年 月 日

福山市長様

受診者(患者)

住所 _____

名前 _____

法定代理人(被保険者)

住所 _____

名前 _____

(受診者との続柄:)

※法定代理人の欄には、受診者(患者)であるお子様の加入している
加入医療保険の被保険者である保護者をご記入ください。