

# 同意書

小児慢性特定疾患医療の給付を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の高額療養費及び附加給付金に関する情報につき、横浜市が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

(提出先) 横浜市長

受給者番号

\_\_\_\_\_  
(受診券の公費負担者番号の下の番号をご記入下さい)

本人 (受給者)

住 所

氏 名

(自署の場合は押印不要)

法定代理人 (被保険者)

住 所

氏 名

(自署の場合は押印不要)

(本人との続柄: \_\_\_\_\_)