

医療保険の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支援に係る医療の給付を受けるに当たり、
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
いて、江戸川区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

江戸川区長 殿

受診者(対象児童等)

住 所
氏 名

保護者(申請者・被保険者)

住 所
氏 名

(対象児童等との続柄:)

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--