

同 意 書

小児慢性特定疾病に係る医療の給付を受けるにあたり、次のことに同意します。

- 1 私（や家族）の医療保険上の情報について、栃木県が私の加入する医療保険者に提供し、又は報告を求めること。
- 2 小児慢性特定疾病請求書（医療保険用）における保険診療点数証明の内容について、医療保険者、医療機関及び調剤薬局等に照会すること。

年 月 日

栃木県知事
医療保険者 様

患者本人
住 所
氏 名

※患者及び法定代理人が家族（被扶養者）の場合
被保険者本人の方

住 所
氏 名

法定代理人（親権者等）

住 所
氏 名

（本人との続柄： ）