

保険者名称 _____

同意書

難病の患者に対する医療等に関する法律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き、新潟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

(宛先) 新潟市長

受診者 住 所 _____

(患者) 氏 名 _____ 印

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--

法定代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(本人との続柄：)

※保険が共済組合の場合を除き、自筆の場合は押印不要