

医療保険上の所得区分に関する情報提供等についての同意書

特定疾患治療研究事業に係る医療の給付を受けるにあたり、私の医療保険上の所得区分に関する情報の提供等について、福井県が、私の加入する医療保険者等との間で必要な事務手続を行うことに同意します。

平成 年 月 日

福井県知事 西川 一誠 殿

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人

住 所

氏 名

印

(本人との続柄：)

(自署の場合は押印不要)