

同意書

特定医療費の給付を受けるにあたり必要があるときは、私の健康保険上の所得区分に関する情報につき、川崎市が私の加入する健康保険の保険者に報告を求めることに同意します。

(宛先) 川崎市長

年 月 日

受給者番号

(分からない場合は記入不要です。)

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

健康保険の種別

神奈川県外の国民健康保険

神奈川県外の国民健康保険組合

健康保険の保険者名

※本紙下段の(記入上の注意)を御参照のうえ、記入してください。

健康保険の保険者番号

※本紙下段の(記入上の注意)を御参照のうえ、記入してください。

患者氏名

患者住所

保護者（以下は、患者が18歳未満の場合に記載してください）

保護者氏名

保護者住所

(本人との続柄：) (自署の場合は押印不要)

(記入上の注意)

- 健康保険の保険者名及び健康保険の保険者番号は、お持ちの健康保険被保険者証を確認のうえ、記入してください。保険者名とは、健康保険を運営している団体の名称のことです。

例) 神奈川県建設業国民健康保険組合など

保険者番号とは、保険者に対して付けられている番号のことです。健康保険被保険者証において保険者名の近くに記載されておりますので、健康保険被保険者証で御確認いただき、記入してください。(患者さんの氏名や記号番号(被保険者番号)ではありませんので、御注意ください。)

- 指定難病患者欄の住所及び氏名は必ず記入してください。但し、患者さんが18歳未満の場合は、保護者欄にも必ず記入してください。