

## 同意書

小児慢性特定疾病に係る医療費の助成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、川崎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。

記入日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

受診者（対象児童）氏名 \_\_\_\_\_

受給者番号 \_\_\_\_\_

被保険者住所

川崎市 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 印 ※自筆による署名の場合は押印不要

続柄（受診者との関係） \_\_\_\_\_

被保険者証の記号・番号

記号	番号