

同意書

小児慢性特定疾病に係る医療費の支給を受けるに当たり、川崎市が直接保険者及び医療機関等へ必要な情報について照会し、保険者及び医療機関等が川崎市に当該情報を提供す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） _____

被保険者の加入している公的医療保険の記号及び番号

記号	番号