

同 意 書

特定医療費（指定難病）の支給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、愛媛県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

愛媛県知事 様

住 所 _____

氏 名 _____

申請者氏名

住 所 _____

氏 名 _____

(本人との続柄 : _____)

※記入不要（愛媛県記載欄）

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