（別紙様式第 11 号）

同　　意　　書

小児慢性特定疾病に係る医療の給付を受けるにあ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、以下の２点に同意します。

１　長野県が、私の加入する医療保険者（市町村国民健康保険組合においては市町村長）に照会を行うこと
２　私の加入する医療保険者（市町村国民健康保険組合においては市町村長）が、長野県に回答を行うこと

年　　月　　日

長野県知事　殿

受診者（対象患者）

住所

氏名

法定代理人（受診者が未成年の場合の親権者等）

住所

氏名

（本人との続柄：　　）

（この欄は保健所が記入します。）

加入する医療保険	種別	国・国組	受給者番号							
	名称									