

## 医療保険上の所得区分照会における同意書

難病の特定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、沖縄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。

令和 年 月 日

沖縄県知事 殿

### 受診者

氏 名	
住 所	

### 保護者等 (※)

氏 名	
住 所	

※ 保護者等の欄は、受診者が18歳未満で保護者(親権者)が申請する場合、又は法定代理人(後見人、補佐人、補助人等)が申請する場合のみ記入。

## 記入例

## 医療保険上の所得区分照会における同意書

難病の特定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、沖縄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。

令和〇年△月□日

沖縄県知事 殿

## 受診者

氏名	沖縄 太郎
住所	〇〇市△△ ×丁目×番×号

## 保護者等 (※)

氏名	ご本人が申請する場合や代理の方が委任状を持参して申請する場合はこの欄は記載不要です。
住所	

※ 保護者等の欄は、受診者が18歳未満で保護者(親権者)が申請する場合、又は法定代理人(後見人、補佐人、補助人等)が申請する場合のみ記入。