

同意書

特定医療費（指定難病）の支給を受けるにあたり、
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、奈良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。

平成 年 月 日

奈良県知事 殿

受診者（患者）

受給者番号

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

氏 名

印

(自署の場合は押印不要です)

住 所

被保険者

氏 名

印

(自署の場合は押印不要です)

住 所

法定代理人

氏 名

印

(本人との続柄：) (自署の場合は押印不要です)

住 所