

記載例

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。

同意書を記入した日付をご記入ください。

令和 年 月 日

奈良県知事 殿

新規申請の場合は記載不要です。

受診者（患者）

受給者番号

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

氏 名 奈良 太郎

住 所 奈良市登大路町 30 番地

法定代理人

氏 名

（本人との続柄： ）

住 所

本人の意思によるのではなく、法律の規定に基づいて任命される代理人のことで、未成年者の親権者や、未成年および成人の後見人などをいいます。該当する場合はご記入ください。