

受給者番号

（水戸市記入欄）

同意書

小児慢性特定疾病医療支援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、水戸市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

水戸市長 様

（患者本人）

住 所

氏 名

（法定代理人（被保険者））

住 所

氏 名

（本人（申請者）との続柄： ）

- ※ 水戸市への申請が初めての方、保険者名又は被保険者証の記号・番号が変更になった場合は、保険証の写しを添付の上、記入してください。
- ※ 上段（患者本人）には、対象となるお子さんの住所、氏名を記入してください。
- ※ 下段には、法定代理人であるご申請者（ご本人の保護者で、医療保険の加入者）の住所（患者本人と同居の場合、住所は「同上」で結構です。）、氏名をご記入願います。