

# 同意書

岡山市長 様

小児慢性特定疾病医療費の支給を受けるにあたり、貴市が私の加入する医療保険者に私の情報を提供し、当該保険者が貴市に高額療養費の適用区分について情報提供することに同意します。

年 月 日

被保険者氏名

---

住 所

---

受診者氏名

---

受診者が被保険者の住所と異なる場合の住所

---