

同意書

児童福祉法第19条の2に規定する医療の給付をう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、

(必須)

- ☐ 枚方市が私の加入する医療保険者に認定に必要な情報を提供し、報告を求めることに同意します。

(希望者はチェック)

- ☐ 個人番号を利用して、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に規定する情報提供ネットワークシステムにより情報連携を行い、提出書類を省略することを希望します。

令和 年 月 日

枚 方 市 長 様

受診者 住 所 枚方市_____

氏 名 _____

受給者番号 _____

(すでに医療受給者証をお持ちの方)

申請者 住 所 枚方市_____

(注1)

氏 名 _____

(本人との続柄)

(注1) 申請者は、原則として、小児慢性特定疾病児童等の医療保険の被保険者(本人)である保護者となります。児童等が被保険者(本人)である場合は、児童等の保護者が申請してください。なお、受診者が成年患者の場合は本人が申請してください。