

## 医療保険の保険者への情報提供等についての同意書

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当たり、  
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  
いて、豊島区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

豊島区長 殿

受診者（対象児童等）

住 所

氏 名

保護者（申請者） ※受診者が18歳以上の場合は以下は記載不要

住 所

氏 名

（受診者との続柄： ）

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--