

同意書

特定医療（指定難病）の療養費の支給を受けるに当たり必要があるときは、私及び私と同一世帯の者の医療費に関する情報について、青森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。

年 月 日

青森県知事 殿

住 所

氏 名

法定代理人

住 所

氏 名

※患者が未成年の場合は法定代理人の住所と氏名が必要となります。