

# 同意書

特定医療費に係る医療の給付を受けるにあたり、次のことに同意  
します。

- 1 私（や家族）の医療保険上の情報について、栃木県が私の加入する医療  
保険者に提供し、又は報告を求めること。
- 2 特定医療費（指定難病）請求書（医療保険用又は介護保険用）における  
保険診療点数証明の内容について、医療保険者、医療機関や調剤薬局等に  
照会すること。

年 月 日

栃木県知事  
医療保険者 様

患者本人  
住 所  
氏 名 印

※患者及び法定代理人が家族（被扶養者）の場合  
被保険者本人の方  
住 所  
氏 名 印

法定代理人（親権者等）  
住 所  
氏 名 印

（本人との続柄： ）