

同意書

肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付を受けるに当たり、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 肝炎治療費請求書（受給者用）（様式第10号）における保険診療点数証明の内容について、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 福田 富一 様

患者ご本人

住 所
氏 名

印

※患者ご本人が、被保険者（家族）となっている場合
被保険者（本人）

住 所
氏 名

印

法定代理人（※ 未成年者の親権者、成年後見人等が記入される場合）

住 所
氏 名

印

（本人との続柄： ）