

同 意 書

小児慢性特定疾病医療費の支給を受けるに当たり必要があるときは、山梨県が私の加入する医療保険者に対し、所得区分に関する情報の提供を求めることや所得区分の報告を求めることに同意します。

また、上記に係る療養費支給を受けるにあたり必要があるときは、山梨県が私の加入する医療保険者に保険給付内容について、報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

山梨県知事 殿

受給者本人

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

◇ 保険者へ高額区分照会を行うための同意書について

保険の高額区分とは、みなさんそれぞれ加入している保険者（保険証を出しているところ）によって決められており、1 ヶ月にたくさんの医療費がかかった場合に、みなさんに支給される高額療養費の算定に使用しています。

小児慢性特定疾病医療費受給者証を交付するために、この保険の高額区分の情報が必要となります。県ではわからない情報の為、みなさんの加入している保険者に照会を行い、回答をもらわなければなりません。保険者へ照会を行うためには個人情報のため同意書が必要となります。

もし、同意書がない場合は保険者へ照会が行えず受給者証を交付することができません。したがって、受給者証を交付するために絶対に必要な同意書となりますので、ご協力よろしくお願ひします。