

[保険者送付用]

同意書

特定医療費の支給（特定疾患治療研究事業に係る医療の給付）を受けるにあ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き、大阪府が私の加入する医療保険者へ認定に必要な情報を提供し、報告を求めることに同意します。

年 月 日

大阪府知事 様

受給者住所

受給者氏名

印

（患者氏名）

（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）

※ボールペンでご記入ください。

〔府本庁控〕

同意書

特定医療費の支給（特定疾患治療研究事業に係る医療の給付）を受けるにあ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き、大阪府が私の加入する医療保険者へ認定に必要な情報を提供し、報告を求めることに同意します。

年 月 日

大阪府知事 様

受給者住所

受給者氏名

印

（患者氏名）

（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）

※ボールペンでご記入ください。

指定難病(特定疾患)の医療受給者証への 健康保険情報記載に伴う同意書の提出

指定難病(特定疾患)の医療受給者証には受給者(受診者)の健康保険証の情報(保険者名称・保険者番号(特定疾患のみ)、被保険者証の記号・番号、高額療養費の適用区分)を記載することになっております。また、高額療養費の適用区分については、大阪府から各保険者へ問い合わせをしますので、その情報提供についてご同意いただく同意書の提出をいただく必要がありますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

支給認定に関する手続きに加え、上記のとおり、高額療養費の適用区分について、大阪府から各保険者へ問い合わせをするため、各保険者への照会期間が必要となり、医療受給者証の発行までに時間がかかりますので、ご理解の程よろしくをお願いいたします。