

## 同 意 書

特定医療費（又は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、私の医療保険上の適用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

受診者住所 \_\_\_\_\_

受診者氏名 \_\_\_\_\_

<法定代理人>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

※ボールペンで記入してください。

## 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診者の医療保険の資格情報（医療保険の記号・番号、高額療養費の適用区分）を記載することになっています。

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同意する書面を提出する必要があります。

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、ご理解の程お願いいたします。