

## 医療保険上の所得区分に関する医療保険者からの報告への同意書

小児慢性特定疾病に係る医療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、札幌市が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

年 月 日

(あて先) 札幌市長

住 所  
氏 名 (受診者本人)

住 所  
氏 名 (保護者) ⑩  
(本人との続柄: ) (自著の場合は押印不要)