

## 保険者からの情報提供に係る同意書

小児慢性特定疾病医療支援に係る医療の給付を受けるにあたり  
必要があるときは、私の健康保険上の所得区分に関する情報につ  
き、世田谷区が私の加入する健康保険者に報告を求めることに同  
意します。

令和〇年〇〇月〇〇日

世田谷区長 あて

受診者（対象児童等）

住 所 世田谷区世田谷4-24-1  
氏 名 世田谷 太郎

保護者（申請者・被保険者）

住 所 世田谷区世田谷4-24-1  
氏 名 世田谷 一郎

（対象児童等との続柄： 父 ）

新規の場合は記入不要です。

受給者番号	1	2	3	4	5	6	7
-------	---	---	---	---	---	---	---