

## 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。

年 月 日

世田谷区長 あて

受診者（対象児童等）

住 所  
氏 名

保護者（申請者・被保険者）

住 所  
氏 名

（対象児童等との続柄： ）

|       |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|