

(様式第3号)

## 医療保険者への所得区分照会に関する同意書

小児慢性特定疾病医療費助成制度に係る医療の給付を受けるにあたり必要があるときは、沖縄県が私の加入する医療保険者に医療保険上の所得区分に関する情報を照会し、医療保険者が沖縄県に所得区分の情報を提供することに同意します。

令和〇年 〇月 〇日

沖縄県知事 殿

受診者 ※対象児童の情報を記入

住 所	〇〇町字△△ □□番地
ふりがな 氏 名	沖縄 太郎

保護者（法定代理人） ※申請者となる保護者の情報を記入

住 所	〇〇町字△△ □□番地
ふりがな 氏 名	沖縄 花子 (受診者との続柄：母 )