

(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。

年 月 日

沖縄県知事 殿

受診者

住 所	
ふりがな 氏 名	

保護者（法定代理人）

住 所	
ふりがな 氏 名	(受診者との続柄：)