

# 同意書

医療保険者が高額療養費の支給に関する事務を処理するにあたり、私の地方税関係情報等の必要な情報について、三重県が私の加入する医療保険者に提供することに同意します。

年 月 日

三重県知事 あて

## 患者本人

住 所

フリガナ

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

## 被保険者 (患者本人と異なる場合に記入)

住 所

フリガナ

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

## 法定代理人 (保護者、成年後見人等)

住 所

フリガナ

氏 名

印

(本人との続柄: )

(自署の場合は押印不要)