

同 意 書

特定疾患治療研究事業に係る医療の給付を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、山口県が私の加入する医療保険者から報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

山口県知事 殿

患者ご本人

住 所

氏 名

代理の方

(※患者ご本人が申請される場合は不要)

住 所

氏 名

(本人との続柄：)