以下の医療保険に加入の方は同意書を提出してください。
① 市町村国民健康保険
② 国民健康保険組合（医師国保組合、土木建築国保組合等）

同　　意　　書

特定医療費の支給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、以下の２点に同意します。

１　長野県が、私の加入する医療保険者（市町村国民健康保険においては市町村長）に照会を行うこと
２　私の加入する医療保険者（市町村国民健康保険においては市町村長）が、長野県に回答を行うこと

年　　月　　日

長野県知事　　殿

（対象患者氏名）

住　　所

氏　　名　　印

（自署の場合は押印不要）

（法定代理人（対象患者が未成年の場合の親権者、等））

住　　所

氏　　名　　印

（本人との続柄：　　）　（自署の場合は押印不要）

（この欄は保健所が記入します。）

加入する医療保険	種別	国　・　国組	受給者番号							
	名称									