

(様式1-2)

医療保険上の所得区分に関する情報に係る同意書

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による医療費の支給を受けるに当たり必要があるときは、私の医療保健上の所得区分に関する情報について、香川県が私の加入する医療保険者に報告を求め、提供を受けることを同意します。

年 月 日

香川県知事 殿

<同意者氏名> ※代諾者・代理人の場合は、代諾者・代理人の氏名を記載してください。

フリガナ	
氏名	

※上記に係る同意を委任する場合は、下記の□にチェックをして、「委任者（患者）氏名」に氏名を記載してください。

上記の者を代諾者・代理人と定め、香川県から私が加入する医療保険者に対して医療保健上の所得区分に関する情報の報告を求めることに係る同意書の署名の記載について委任します。

<委任者（患者）氏名>

フリガナ	
氏名	