

加入医療保険者への照会にかかる同意書

肝がん・重度肝硬変治療特別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に報告を求め、提供を受けることに同意します。

年 月 日

山口県知事 様

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)