同　　意　　書

　特定医療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

　　　　　　　　　　　　保護者の方

　　　　　　　　　　　　　　　　（※患者ご本人が１８歳未満の場合）

　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　氏　名

 （本人との続柄：　　　）