同　　意　　書

　小児慢性特定疾病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に報告を求めることに同意します。

令和　　年　　月　　日

　山　口　県　知　事　　様

　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　（）

　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　 （本人との続柄：　　）