

同 意 書

特定医療費（指定難病）に係る医療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、仙台市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。

年 月 日

仙 台 市 長 あて

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--

※新規申請の場合は受給者番号は不要です。

住 所

氏 名

生年月日

年 月 日

法定代理人（患者が未成年等の場合は記入してください。）

住 所

氏 名

— 仙台市受付処理欄 —

国民健康保険組合

下記以外

宮城県歯科医師国組

岩手県医師国組

全国建設工事業国組

宮城県医師国組

宮城県建設業国組

全国土木建築国組

国民健康保険

塩竈

多賀城

石巻

利府

登米