

[保険者送付用]

同意書

特定医療費の支給（特定疾患治療研究事業に係る医療の給付）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、大阪市が私の加入する医療保険者へ認定に必要な情報を提供し、報告を求めることに同意します。

年 月 日

大阪市長 様

受給者住所

受給者氏名

印

（患者氏名）

（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）

※ボールペンでご記入ください。

[大阪市控]

同意書

特定医療費の支給（特定疾患治療研究事業に係る医療の給付）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、大阪市が私の加入する医療保険者へ認定に必要な情報を提供し、報告を求めることに同意します。

年 月 日

大阪市長 様

受給者住所

受給者氏名

印

（患者氏名）

（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）

※ボールペンでご記入ください。

特定医療費(指定難病)の医療受給者証への 健康保険情報記載に伴う同意書の提出

特定医療費(指定難病)の医療受給者証には受給者(受診者)の健康保険証の情報(保険者名称、被保険者証の記号・番号、高額療養費の適用区分)を記載することになっています。また、高額療養費の適用区分については、大阪市から各保険者へ問い合わせを行い、保険者からの情報提供を受けることとされていますので、情報提供にかかる同意書の提出について、ご理解とご協力をお願いいたします。

支給認定に関する手続きに加え、上記のとおり、高額療養費の適用区分に関する照会を大阪市から各保険者あてに行うため、各保険者への照会期間が必要となり、医療受給者証の発行までに時間を要することがありますので、ご理解の程よろしくお願いいたします。