

同意書

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、私の医療保険上の適用区分（所得区分）
に関する情報につき、岡山県が私の加入する医療保険者に報
告を求め、当該保険者がそれに応じることに同意します。

年 月 日

岡山県知事 殿

患者
住 所
氏 名

法定代理人(注)
住 所
氏 名

(本人との続柄:)

注) 法定代理人については、患者が未成年である場合には親権者（父母）
が、成年被後見人である場合には後見人の方が記入してください。その
他の場合は記入不要です。