

## 同意書

小児慢性特定疾病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、奈良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。

令和 年 月 日

奈良市長

### 【受診者】

氏名

\_\_\_\_\_

### 【申請者】

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

受診者との続柄 ( )

※ 受診者が加入している医療保険について、下表にあてはまる方は、市町村民(非)課税証明書の添付が必要です。

保健種別等	市町村民(非)課税証明書が必要である方
国民健康保険組合に加入している場合 <small>※ 市町村が発行する国民健康保険とは異なります。</small>	同じ国民健康保険組合に加入している全員分
被用者保険に加入している場合で、被保険者の市町村民税が非課税である場合	被保険者分