

# 同意書

自立支援医療費支給に際し必要があるときは、私の特定疾病療養  
受療証に関する情報について、北九州市が私の加入する医療保険者  
に対して照会することに同意します。

北九州市長 様

年 月 日

(受診者) 氏名 ⑩

(被保険者) 氏名 ⑩

保険者名 【 】

記号・番号 【 】