

## 同意書

私は、指定難病の特定医療費支給申請にあたり、必要があるときは、和歌山県が療養費等に関する詳細を加入保険機関又は受療医療機関等に照会を求めることに同意します。

また、和歌山県の照会要求に対し、上記関係機関が証明することについて、私が同意している旨を照会機関に伝えてまいります。

令和 年 月 日

和歌山県知事 様

被保険者住所

被保険者氏名

受給者住所

受給者氏名

※受給者と被保険者の氏名をご記入ください。