

# 同意書

年 月 日

(あて先) 江別市長

同意者 住所：

氏名： 印

(受診者が18歳未満の場合は保護者)

私が加入する医療保険から交付されている特定疾病療養受療証に係る次の事項を確認（照会）されることに同意します。

## 記

### 1 確認（照会）事項

- (1) 交付の可否（過年度分を含む。）
- (2) 認定疾病名
- (3) 資格取得年月日
- (4) 発効期日及び失効期日
- (5) 自己負担限度額

### 2 確認（照会）理由

自立支援医療費の認定及び支給にあたり、医療機関又は調剤薬局からの請求額等が適正であるかについて確認が必要であるため。