

同意書

滋賀県が、_____（以下「保険者」という。）

に対して、肝炎治療特別促進事業の医療費を適切に算定するため、保険給付
の内容に関する情報等を照会すること、また、保険者が当該照会に回答する
ことに同意します。

年 月 日

住所 〒

氏名

_____ ㊞

（自署の場合は押印不要）

記入見本

同意書

被保険者証の保険者名を
記入してください。

滋賀県が、{ 〇〇市・町
〇〇〇健康保険組合 } (以下「保険者」という。)

に対して、肝炎治療特別促進事業の医療費を適切に算定するため、保険給付
の内容に関する情報等を照会すること、また、保険者が当該照会に回答する
ことに同意します。

〇〇年 〇月 〇日

住所 〒520-8577

大津市京町四丁目1番1号

氏名

滋賀 びわ子 ㊞

(自署の場合は押印不要)