

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 〒

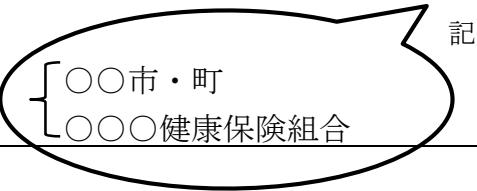
氏名

_____ 
(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、
〔○○市・町
○○○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。

○○年 ○月 ○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)