

# 同意書

滋賀県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による医療費の支給を受けるに当たり必要があるときは、私の個人番号および医療保険上の所得区分に関する情報について、滋賀県が私の加入する医療保険者に連絡をすることに同意します。

年 月 日

滋賀県知事 様

住 所

氏 名

連絡先電話番号

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## ※県使用欄

個人番号の確認	身元(実存)の確認 ※確認書類を丸で囲む
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し・住民票記載事項証明 <input type="checkbox"/> その他 ( )	・ 1種類：個人番号カード、運転免許証、 運転経歴証明書、障害者手帳、在留カード、特別 永住者証明書、住民基本台帳カード、旅券、写真 付職員証 その他( ) ・ 2種類：資格確認書、年金手帳、職員証(写真無)、 住民票の写し・住民票記載事項証明、印鑑登録証 明、母子健康手帳 その他( )