

# 同 意 書

公立学校共済組合山梨支部長 殿

私は、小児慢性特定疾病医療費の支給を受けるに当たり必要があるときは、山梨県が公立学校共済組合山梨支部に対して医療保険上の所得区分に関する情報に係る報告を求めた場合、これを提供することに同意します。

また、以後同様の求めがあった場合についても、これを提供することに同意します。

令和 年 月 日

(組合員)

住 所

氏 名

印