

この用紙は、共済組合（私学共済は除く）に加入している方で被保険者の市町村民税が非課税の場合に提出していただくものです。該当する方は、以下に必要事項を記入してください。

同意書

児童福祉法第19条の3第1項の規定により小児慢性特定疾病医療費の支給を受けるにあたり、加入している国家公務員共済組合が国家公務員共済組合法第60条の2第1項の共済組合の組合員による高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査を処理するため、又は地方公務員共済組合が地方公務員等共済組合法第62条の2第1項の共済組合の組合員による高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限り、必要な地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

令和 年 月 日

(宛先) 医療保険者 様

(受給者本人)

住 所

氏 名

受給者番号

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

※小児慢性特定疾病医療費の受給者番号をご記入ください。(新規の方は記入不要です。)

(被保険者)

住 所

氏 名

(本人との続柄 :)