

同意書

県民健康調査甲状腺検査サポート事業に係る支援金の申請をするにあたり必要があるときは、私の診療情報個人票及び保険者に関する情報につき、福島県が私の通院又は入院する(した)医療機関等に報告を求めることに同意します。

また、同じく必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、福島県が私の加入している(していた)保険者に報告を求めることに併せて同意します。

平成 年 月 日

福島県知事

受診者

住 所

氏 名印

(自署の場合、押印不要)

法定代理人(保護者又は後見人)

住 所

氏 名印

(自署の場合、押印不要)

※ 受診者が未成年者等の場合は法定代理人の署名が必要です。