

保険者からの情報提供にかかる同意書

妊娠高血圧症候群等医療費助成制度に係る医療の給付を受けるに当たり必要があるときは、私の健康保険上の高額療養費及び付加給付金の給付に関する情報につき、目黒区が私の加入する保険者に報告を求めることに同意します。

_____年 月 日

目黒区長宛て

患者住所

患者氏名

※妊娠高血圧症候群等医療費助成金は、医療保険各法等を適用し、入院時の食事標準負担額を除いた自己負担相当額を助成するものです。ご提出いただいた療養証明書の他に高額療養費及び付加給付金の有無と金額が必要な場合には、区が患者様の加入する保険者に情報の報告を求めることについて、患者様に同意していただく必要があります。