同　　意　　書

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、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、鳥取県が私の加入する医療保険者に報告を求め、提供を受けることに同意します。

　　年　　月　　日

鳥 取 県 知 事 　様

（患者本人）

　　　　　　　住　　所

**ふりがな**

　　　　　　　　氏　　名

（被保険者又は世帯主）

　　　　　　　住　　所

**ふりがな**

　　　　　　　　氏　　名

　　　　　（法定代理人）

　　　　　　　　住　　所

**ふりがな**

　　　　　　　　氏　　名

　　（本人との続柄：　　　）