

同意書

特定医療費（指定難病）受給者_____の死亡に伴い、特定医療費療養費を下記の者が申請し、受領することに同意します。

年 月 日

※記名押印又は自筆による署名

住 所	
氏 名	⑩ (受給者との続柄：)
住 所	☐ 上記に同じ
氏 名	⑩ (受給者との続柄：)
住 所	☐ 上記に同じ
氏 名	⑩ (受給者との続柄：)
住 所	☐ 上記に同じ
氏 名	⑩ (受給者との続柄：)

記

【お受け取りになる方】

○ 住 所 (〒 ー)

○ 電話番号

○ 氏 名

⑩ (受給者との続柄:)

※記名押印又は自筆による署名

(添付書類) 故受給者の相続人が全員記載された戸籍謄(抄)本(原本)を添付すること。
また、転籍している場合は、転籍前の戸籍も必要。