

(表)

様式第2号

第二種健康診断特例区域医療受給者証交付申請書

(ふりがな) 氏名		明治 大正 昭和	年 月 日生
	郵便番号		
居住地	電話番号 ()		
第二種健康診断受診者証の番号			
上記のとおり、第二種健康診断特例区域医療受給者証の交付を受けたく、関係書類を添えて申請します。			
令和 年 月 日			
申請者			
長崎県知事 様			

添付書類

この申請書には、診断書（第二種健康診断特例区域医療受給者証用）を添えてください。

(裏)

同 意 書

○同意事項

1. 保険者又は医療機関等が保有している治療等（介護サービス又は介護予防サービスを含む）の内容及び状況の調査
2. 第二種健康診断特例区域治療支援事業以外の制度による医療費（高額療養費及び福祉医療費等）の給付状況の調査及び提供
3. 「匿名化した診療報酬明細書データによる対象疾患と調査対象疾病の関連性」等の調査及びデータ提供

上記の項目に同意いたします。

令和 年 月 日

受給者氏名

(代筆者)

住 所

氏 名

本人との続柄

長崎県知事 様