

オンライン資格確認システムによる 情報取得の同意について

私は、埼玉県総合リハビリテーションセンターがオンライン資格確認システムにより、私の限度額適用認定証区分等の情報を取得することについて、同意します。

令和 年 月 日

氏 名

生 年 月 日

(保護者氏名)

※未成年の場合

〈同意していただいた場合、情報取得する情報〉

- ・ 保険者番号
- ・ 被保険者証記号／番号／枝番
- ・ 限度額適用認定証区分
- ・ 適用区分
- ・ 交付年月日
- ・ 回収年月日
- ・ 長期入院該当年月日