

委任状兼同意書

私は韮崎市重度心身障害者医療費助成の対象期間において、韮崎市長に対し、次の事項を委任及び同意します。

- ①私の世帯に係る高額療養費等*の申請、受領及び返還に関することを委任します。(私の世帯の医療費助成金受給対象者に係る医療費が高額療養費の支給対象となった場合に限る。)
- ②市と私が加入する医療保険の保険者が、下記の助成金受給対象者に係る助成金受給資格及び助成金の算定に必要な保険給付、所得区分等の情報を交換することに同意します。

なお、上記により受領した高額療養費等については、平成26年11月診療分から韮崎市が下記の助成金対象者に係る助成金に充当し、私の世帯で助成金受給対象者以外に高額療養費等が発生した場合は、下記の口座に振込んでください。

※高額療養費等…高額療養費及び高額介護合算療養費(医療分)を示します。

令和 年 月 日

韮崎市長 様

※日付の記入と太わく内への記入・押印をお願いします。

世帯主が記入する欄

被保険者証記号番号	
-----------	--

世帯主	住所
	氏名
	印

世帯主の口座を記入してください。(高額療養費の振り込み先になります。)

金融機関名	支店名	種別	口座番号	世帯主口座名
銀行 信用金庫 信用組合 農協		1.普通 2.当座		(カタカナ)

受給者が記入する欄

受給者番号	
-------	--

助成金受給対象者	住所
	氏名
	印

上記の委任・同意をされない場合は、自動還付ではなく、後日、韮崎市の窓口で領収書を持参して助成金の請求をいただく償還払いの扱いとなります。