委任状兼同意書

私に係る後期高齢者医療高額療養費及び高額医療・高額介護合算療養費（医療分）の給付が発生した場合は、その受領に関することを私の重度心身障害者医療費助成金（以下、「助成金」）の支払者である韮崎市長に委任します。

また、韮崎市と保険者が、私の助成金の算定に必要な助成金の受給資格及び保険給付額、所得区分等の情報を交換することに同意します。

なお、貴市が上記により受領した私の後期高齢者医療高額療養費等については、私の助成金に充当してください。

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成金受給者 | 被保険者番号 | ※後期高齢者医療保険の被保険者番号を記入してください。 |
| 受給者番号 |  |
| 住　　　所 |  |
| 氏　　　名 |  |

* 上記の委任・同意をしていただけない場合は、自動還付ではなく、韮崎市の窓口に領収書を持参して助成金の請求をしていただく償還払いの扱いになります。