

委任状兼同意書

私は、____年____月診療分から、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、その受領又は返還に関することを、私の重度心身障害者医療費助成金の支払者である中央市長に委任します。

また、中央市と山梨県後期高齢者医療広域連合が、私の医療費助成金の算定に必要な助成金の受給資格並びに医療費に関する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、貴市がすでに医療機関等に支払った当該医療に係る医療費に充当してください。

令和____年____月____日

中央市長 様

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	※黄色い受給者証の受給者番号を記入してください。
	住 所	
	氏 名	印

※日付の記入と太わく内への記入・押印をお願いします。

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、中央市の窓口で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。