

委任状兼同意書

重度心身障害者医療費助成金の支払い者である中央市長に対し、中央市重度心身障害者医療費助成金の受給対象者にかかる、国民健康保険高額療養費又は後期高齢者医療高額療養費及び高額介護合算療養費（医療分）の申請及び受領に関することを委任します。

また、中央市と中央市国民健康保険又は後期高齢者医療広域連合及び国民健康保険組合とが、私の重度心身障害者医療費助成金の算定に必要な医療費助成金の受給資格並びに医療費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国民健康保険高額療養費及び高額介護合算療養費（医療分）については、中央市が保険医療機関等に支払う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 殿

医療費助成受給者住所 中央市_____

医療費助成金受給者氏名_____印

〔 国民健康保険世帯主氏名_____印 〕

※上記の委任・同意をされない場合は、従来どおり一旦医療機関の窓口でお支払いをいただき、後日、市町村に請求をいただく償還払いの扱いとなります。