

委任状兼同意書

私は、令和 年 月診療分から、身延町公費負担医療費の助成について私にかかる高額療養費等の給付が発生した場合は、その受領又は返還に関する手続きを、私の公費負担医療費助成金の支払者である貴町に委任します。

また、貴町と保険者が、私の公費負担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、貴町が上記により受領した私の高額療養費については、貴町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

身延町長 様

○世帯主が記入する欄

被保険者証記号番号	
世帯主	住所 身延町 氏名 ⑩

○受給者の保護者が記入する欄 (住所欄は世帯主と住所が異なる場合のみ記入)

助成金受給対象者	住所 身延町 氏名 ⑩
	住所 身延町 氏名 ⑩
	住所 身延町 氏名 ⑩
	住所 身延町 氏名 ⑩

※ 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いただき、後日、身延町にご請求いただく償還払いの扱いとなります。