

# 委任兼同意書

令和 年 月 日

(被保険者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(受給者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

浜中町重度心身障がい者医療費助成事業の助成を受けるにあたって、次の事項に同意します。

1 浜中町重度心身障がい者医療費助成を受けた場合において、私が加入する医療保険者から私に支払われる高額療養費の受領を浜中町に委任すること。

また、浜中町が、高額療養費の請求に必要な私と家族の医療の給付等に関する情報を私の加入する医療保険者に照会し、医療保険者が情報を提供すること。

2 浜中町重度心身障がい者医療費助成事業の助成を受けた場合において、高額療養費を直接、私が加入する医療保険者から私に支払われた場合には、浜中町医療給付事業の助成額に応じた高額療養費を浜中町に返還すること。