

重度心身障害者医療費支給にかかる同意書兼委任状

| | | | | | | | | | |
|---------------|-------|-----------------|---|---|--|--|-----|--|--|
| | | 受給者番号 | | | | | | | |
| 受給者 | 住 所 | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 加入医療保険 | 保険種別 | 国 保 ・ 社 保 ・ 後 期 | | | | | | | |
| | 記 号 | | | | | | 番 号 | | |
| | 保険者名 | | | | | | | | |
| | 保険者番号 | | | | | | | | |
| 被保険者・ 世帯主等 | フリガナ | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | |

同意・委任事項

1 全受給者

- ①資格認定、医療費助成支給決定のため、本庄市が保有している住民基本台帳、市税課税台帳、障害の状況等の情報を必要な範囲内で確認すること。
- ②本庄市から助成を受ける医療費に係る情報について、本庄市が保険者に対し照会又は確認を行うこと。
- ③登録内容に変更が生じた場合には、速やかに変更を届出ること。なお、変更の届出がなされるまでは、本同意書兼委任状の内容を読み替えて引き続き適用させること。

2 本庄市国民健康保険・後期高齢者医療制度に加入の場合

- ①本庄市から助成を受ける医療費に係る高額療養費等について、本庄市が申請・受領すること。

年 月 日

今後生ずる本庄市重度心身障害者医療費支給制度に基づく助成金を受けるにあたって上記の事項について同意及び委任します。

受給者 _____ 印 法定代理人^{※1} _____ 印

被保険者・世帯主等署名^{※2} _____ 印

※1 「法定代理人」は、受給者が未成年の場合の保護者、または後見人等がいる場合のみ記入。

※2 「被保険者一」は、受給者が被保険者でない場合のみ記入。