

H22.6.18 以降

## 委 任 状

受任者 燕 市 長

上記の者に対して、次の事項を委任します。

私が、 年 月 日以降に受ける療養の給付に係る高額療養費及び高額介護合算療養費（医療費に係る分に限る）の受領に関すること。

ただし、保険者が当該療養費に係る高額療養費及び高額介護合算療養費（医療費に係る分に限る）に相当する金額を委任者に支払う場合であって、燕市重度心身障害者医療費助成に関する条例の規定により、受任者が該当金額を保険医療機関等に支払った場合に限るものとする。

年 月 日

委任者 住 所 燕市

氏 名 印

保 険 者 新潟県後期高齢者医療広域連合

被保険者番号

（注） 記名押印に代えて署名することができます。

高額介護合算療養費（医療費に係る分に限る）  
の受領に関する委任状について

医療費に係る県障受給者の方のお支払いは一部負担金のみで、高額療養費も含め燕市が医療機関へお支払いしています。この高額介護合算療養費を燕市が、医療保険者（後期高齢者医療広域連合）から受領するための委任状です。

県障受給者の方の住所・氏名の記入と押印のうえ、現況届、同意書と一緒にご提出をお願いいたします。

**記載例**

年 月 日

県障受給者の、住所・氏名の記入と押印をお願いします。



|     |   |   |               |
|-----|---|---|---------------|
| 委任者 | 住 | 所 | 燕市白山町2丁目7番27号 |
|     | 氏 | 名 | 燕市太郎印         |

保 険 者 新潟県後期高齢者医療広域連合

被保険者番号