

医療費助成事業に関する同意書

留 萌 市 長 様

令和 年 月 日

(被保険者) 住所 _____

氏名 _____

(※相続代表) 住所 _____

※該当者のみ 氏名 _____

○留萌市医療費助成事業の助成を受けるに当たって、次の事項に同意します。

1 留萌市が、留萌市医療費助成事業の受給者証交付、及び資格更新等に関する私の世帯の所得状況を調査すること。

2 留萌市医療費助成事業の助成を受けた場合において、私が加入する健康保険の保険者から私に支払われる高額療養費の受領を留萌市に委任すること。また、留萌市が、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健康保険の保険者に照会し、提供を受けること。

3 留萌市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、私が加入する健康保険の保険者から私に支払われた場合には、留萌市医療費助成事業の助成額に応じた高額療養費を留萌市に返還すること。

4 留萌市医療費助成事業の助成を受けた場合において、日本スポーツ振興センターの災害共済給付金が私の世帯に支払われる場合には、留萌市医療費助成事業の助成額に応じた災害共済給付金の受領を留萌市に委任すること。

○留萌市国民健康保険の医療の給付等を受けるに当たって、次の事項に同意します。

5 留萌市医療費助成事業の助成を受けた場合において、留萌市から私に支払われる高額療養費及び高額介護合算療養費の申請及び受領を留萌市に委任すること。