

(別紙1)

資格喪失後受診に伴う返還金精算に係る申出書 (委任状 兼 同意書)

旧保険者等名 殿
現保険者等名 殿

私は、旧保険者等名を資格喪失後に旧保険者等名の被保険者資格で受診したことによって発生した医療費の返還方法について、受診時に加入していた現保険者等名に支給申請することができる療養費等を旧保険者等名が代理申請、代理受領し、返還金債権に充当して精算することを希望すると同時に、下記の事項について委任及び同意します。

記

1. 委任する事項

- 受診時に加入していた現保険者等名に支給申請することができる療養費等を、旧保険者等名が代理申請、代理受領するために必要となる手続きの全てを旧保険者等名に委任します。

2. 同意する事項

- 療養費等の支給申請に必要な、旧保険者等名が保有する診療報酬明細書の写し等を受診時に加入していた新保険者等名へ直接提供すること。
- 旧保険者等名と現保険者等名との間で申請人に係る必要な情報をやり取りすること。
- 旧保険者等名が代理受領した療養費等を、返還金債権に充当して精算すること。

以上

平成 年 月 日

被保険者の氏名 ※1	印		
被保険者の住所	〒 -		
電 話 番 号			
療養を受けた者の氏名 ※2		被保険者との 続柄※3	

注1) 受診時に加入されていた健康保険の保険者が国民健康保険の場合は、※1 に世帯主の氏名を記入してください。

注2) 療養を受けた者が※1 と同じ者である場合は、※2 及び※3 欄の記入は必要ありません。

※ 受診時に加入されていた健康保険について、お持ちの資格確認書等を確認のうえ、ご記入ください。(旧保険者等名が受診時にご加入されていた健康保険の保険者に療養費等を支給申請する際に必要な情報となります。)

保険者 名 称		保険者 番 号							
------------	--	------------	--	--	--	--	--	--	--

被保険者記号・番号	
-----------	--