

## 【国民健康保険資格喪失後受診に伴う返納金精算に係る同意書 兼 委任状】

行田市国民健康保険（行田市長） 様  
該当健康保険者長 様

私は、行田市国民健康保険（以下「行田市国保」という。）の資格喪失後に受診したことによって発生した医療費返還金等の返納方法について、受診時に加入していた健康保険の保険者に支給申請することができる療養費等を行田市国保が代理申請、代理受領し、返納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。

### 1 委任する事項

受診時に加入していた健康保険の保険者に支給申請することができる療養費等を行田市国保が代理申請、代理受領するために必要となる手続きの全てを行田市国保に委任します。

### 2 同意する事項

- ・ 行田市国保が「保険者間調整」に必要な書類を代理作成すること
- ・ 療養費等の支給申請に必要な、行田市国保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健康保険の保険者へ直接提供すること
- ・ 行田市国保と受診時に加入していた健康保険の保険者との間で、申請人に係る必要な情報をやりとりすること
- ・ 同意書の写しを、行田市国保から受診時に加入していた保険者に提供すること
- ・ 行田市国保が代理受領した療養費等を、返納金債権に充当して精算すること

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

被保険者（本人）の氏名 \_\_\_\_\_