

高額療養費の確認等に関する同意書

春日部市重度心身障害者医療費の助成のために、私（対象者）の高額療養費、付加給付金、海外療養費及び療養費等の手続き状況等を調べる必要があるときは、春日部市が保険者及び関係機関に確認することに同意します。

また、春日部市重度心身障害者医療費の助成のために、国民健康保険（春日部市）及び後期高齢者医療広域連合から償還される高額療養費（高額介護合算療養費に係る医療保険分を含む）及び付加給付金並びに支給決定通知の受領の権限を春日部市に委任することに同意します。

年 月 日

(対象者)

住 所 _____

フリガナ氏名 _____

(保護者又は後見人、社会保険の場合は被保険者)

住 所 _____

氏 名 _____

対象者との続柄 _____

春日部市長 あて

(処理欄) ※記入不要

医療保険	保険者名称	重度医療	受給者証番号
	保険者番号		認定 身体・知的・精神・後期
	記号 番号		適用 年 月 日から
	取得年月日 年 月 日		有期 年 月 日
139 健康保険・140 船員保険・143 国家公務員・144 地方公務員・145 私立学校			