

高額介護合算療養費の事務取扱いに関する同意書兼委任状

× × 市 長 様  
福島県後期高齢者医療広域連合 様

私は、福島県後期高齢者医療広域連合長に対して申請を行う「1 対象被保険者」の令和3年度の高額介護合算療養費について、「2 同意事項」に記載された取扱いとすることに同意します。  
また、私は下記「受任者」を代理人と定め、今回申請する高額介護合算療養費（医療分）の受領に関する一切の権限を委任します。

記

1 対象被保険者

氏 名 \_\_\_\_\_ 生年月日 明治・大正・昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生  
住 所 \_\_\_\_\_  
被保険者番号 \_\_\_\_\_

2 同 意 事 項

(1) 福島県後期高齢者医療広域連合長は、××市長に対し、私が申請を行う令和3年度分の高額介護合算療養費（介護分を除く）を、以下の口座に振り込むこと。

【××市】 振込先金融機関名	〇〇銀行 ××支店 (XXXX-XXX)	預金 種別	普通
口 座 番 号	XXXXXXXX		
(カ タ カ ナ)	××シカイケイカンリシャ		
口座名義人	××市会計管理者		

(2) ××市長は、(1)により支給された額から、重度心身障がい者医療費助成と重複するものとして算定される額（医療費助成額を、高額介護合算療養費支給決定通知書に記載の計算対象期間中の自己負担額を合算した額で除したもの。一円未満の端数は切り捨て）を控除し、医療費助成事業給付金に充当すること。

(3) ××市長は、(2)により控除した後の額を、以下の口座に振り込むこと。

振込希望口座	金融機関	銀行		本店	金融機関コード（市町村記入）					
		信用金庫		支店						
		信用組合		支所						
	農協		出張所							
	預金種別	普通	(カタカナ)		口座番号					
			口座名義人							

(4) 福島県後期高齢者医療広域連合長は、××市長から要請があったときは、高額介護合算療養費等支給額計算結果連絡票など、「1 対象被保険者」の高額介護合算療養費の支給額その他その算定の基礎や根拠となった情報（ただし、(2)の控除額を算定するために必要なものに限る。）を提供すること。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

委 任 者 住 所  
氏 名

受 任 者 住 所  
氏 名 ××市長 広域 太郎