

～重度心身障がい者医療費受給者の方へ～

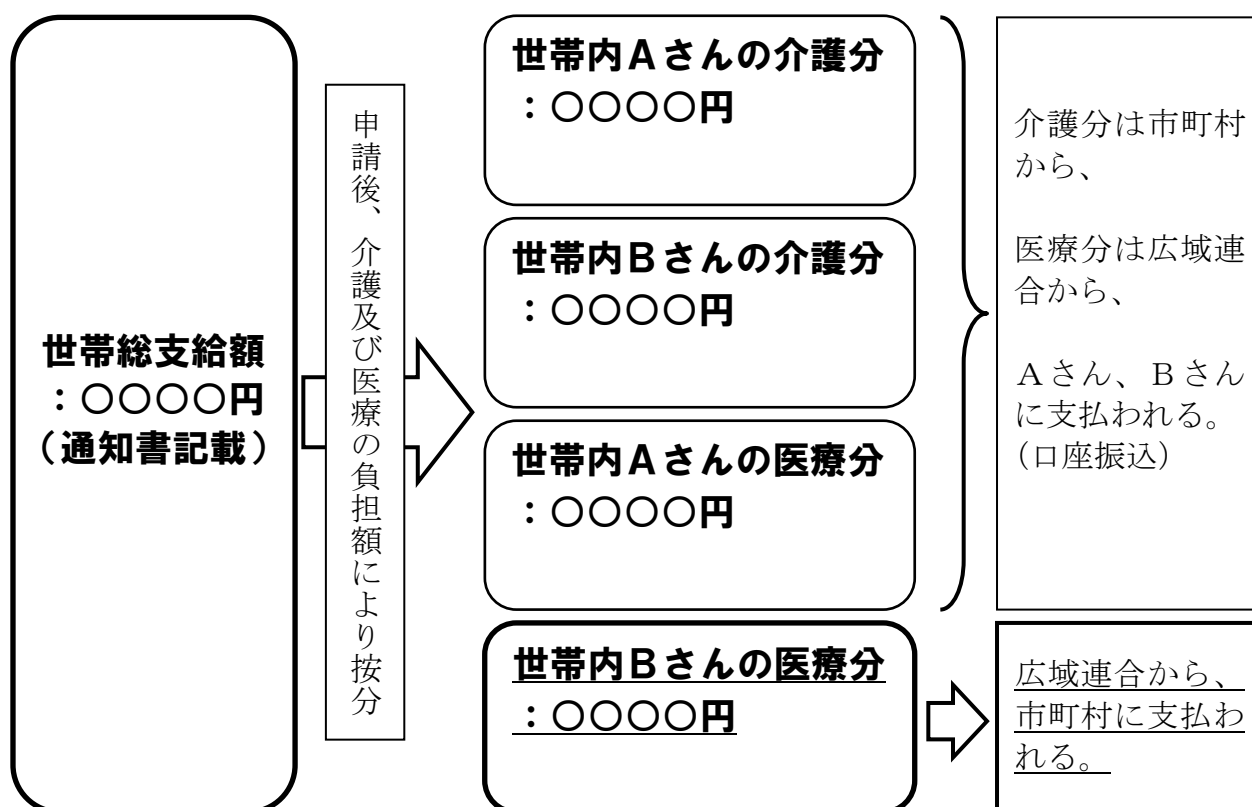
「高額介護合算療養費の事務取扱いに関する同意書兼委任状」の提出について（お願い）

重度心身障がい者医療費受給者の方は、病院や薬局等にお支払いした医療費の自己負担額をお住まいの市町村窓口に申請すると払い戻しが受けられます。

このため、今回お知らせしました高額介護合算療養費のうち、医療分のお支払いは、お住まいの市町村にさせていただき、清算を受ける必要が有ります。なお、介護分として支給される額は、市町村の介護保険担当から支払われます。（下記「支給の例」参照）

つきましては、高額介護合算療養費の申請にあたりましては、同封の**申請書と一緒に、「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」に必要事項を記入の上、お住まいの市町村へ提出くださいますようお願いいたします。**（記入にあたりましては、裏面の「記入例」を参考にしてください。）

●支給の例（2人世帯で、Bさんが重度心身障がい者医療費受給者の場合）



[問い合わせ先]

お住まいの市町村後期高齢者医療担当窓口 または 福島県後期高齢者医療広域連合
 〒960-8043

福島市中町8番2号 福島県自治会館2階

福島県後期高齢者医療広域連合 業務課給付係（電話 024-528-9024）

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

〇〇〇市町村長 様
福島県後期高齢者医療広域連合長 様

《記入例》
※太線の箇所について記入してください。

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」に示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 後 期 太 郎 生年月日 明治・大正 昭和 2 年 4 月 2 日生
住 所 福島県〇〇〇市〇〇〇町1-2-3
被保険者番号 00000001

2 同意事項

- (1) 福島県後期高齢者医療広域連合長は、〇〇〇市町村長に対し、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。

【市町村】 振込先	〇〇〇〇銀行 〇〇〇〇支店名 (0000-000)	預金 種別	〇〇
口座番号	0000001		
(カタカナ)	〇〇〇〇〇〇シチュウソンカイケイカンリシャ		
口座名義人	〇〇〇〇〇〇市町村会計管理者		

- (2) 〇〇〇市町村長は、(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の、1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) 〇〇〇市町村長は、(2)により控除した後の額を、以下の口座に振り込むこと。

<input type="checkbox"/>	公金口座を使用する											
振込希望口座	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	金融機関コード（市町村記入）								
				〇 〇 〇								
	預金種別	普通	口座名義人	口座番号								
				1	2	3	4	5	6	7		
		(カタカナ)		コウキ タロウ								
				後 期 太 郎								

- (4) 福島県後期高齢者医療広域連合長は、〇〇〇市町村長から要請がある限り、「1 対象被保険者」の高額介護合算療養費の支給額そのものの控除と算定するために必要なものに限る。）を提供すること。

※対象被保険者本人または後見人等の法定代理人のいずれか（本人死亡の場合は申立誓約書に記載された方）のお名前の署名をお願いします。

令和 年 月 日

委任者 住 所
氏 名

福島県〇〇〇市〇〇〇町1-2-3
後 期 太 郎

受任者 住 所
氏 名

福島県〇〇〇市△△△町1-1
〇〇〇市町村長 広 域 次 郎