

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）

私は、那珂川市国民健康保険（以下「那珂川市国保」という。）を資格喪失後に国民健康保険被保険者証を使用して受診した場合の医療費等の返納方法について、下記の事項に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、那珂川市国保が代理申請、代理受領するために必要となる手続きの全てを那珂川市国保に委任します。

2. 同意する事項

- ・療養費等の支給申請に必要な、那珂川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。
- ・那珂川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取りすること。
- ・那珂川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。

令和 年 月 日

被保険者 _____

被扶養者 _____
