

資格喪失後受診に伴う返還金精算に係る申出書（委任状 兼 同意書）

(旧保険者)殿

(現保険者)殿

私は、（旧保険者）の資格を喪失した後に（旧保険者）の被保険者証を使用して受診したことによって発生した医療費の返還方法について、受診時に加入していた（現保険者）に支給申請することができる療養費等を（旧保険者）が代理申請、代理受領、返還金債権に充当して清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（現保険者）に支給申請することができる療養費等を、（旧保険者）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（旧保険者）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となる、（旧保険者）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（現保険者）へ直接提供すること。
- （旧保険者）と（現保険者）との間で申請人に係る必要な情報をやり取りすること。
- （旧保険者）が代理受領した療養費等を、返還金債権に充当して清算すること。

以上

年 月 日

被保険者の氏名 ※1			
被保険者の住所	〒		
電 話 番 号			
療養を受けた者の氏名※2		被保険者との続柄 ※3	

注 1) 受診時に加入されていた健康保険の保険者が国民健康保険の場合は※ 1 に世帯主の氏名を記入してください。  
注 2) 療養を受けたものが※ 1 と同じものである場合は、※ 2 及び※ 3 欄の記入は必要ありません。

-----

※ 受診時に加入されていた健康保険について、健康保険被保険者証等をお持ちの場合、ご記入ください。  
（（旧被保険者）が受診時にご加入されていた健康保険の保険者に療養費等を支給申請する際に必要な情報となります。保険者番号は入力必須となります。）

保険者番号									保険者名称	
被保険者記号・番号										