

※鳴沢村国民健康保険加入者のみ記入してください。

## 委 任 状 兼 同 意 書

私は、子ども医療助成対象期間において高額療養費に該当した場合  
支払者である鳴沢村長に対し、次の事項を委任します。

また、子ども医療費助成金担当者と国民健康保険担当者が医療費助  
成金の算定に必要な受給資格及び医療費に関する情報を交換すること  
に同意します。

① 私の世帯に係る国民健康保険高額療養費の申請に関すること。

(私の世帯の子ども医療費助成金の受給対象者の医療費が高額の支給対象と  
なった場合に限る。)

② 鳴沢村子ども医療費助成金の受給対象者にかかる、国民健康保険  
高額療養費の受領に関すること。

年      月      日

鳴沢村長 様

委任者      住 所 \_\_\_\_\_

(世帯主)      氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

委任者      住 所 \_\_\_\_\_

(申請者)      氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

※ 申請者と世帯主が同一人の場合は、世帯主欄へ記入してください。

※ 上記の委任・同意をされない場合は、従来どおり一旦医療機関の窓口で支払い  
をしていただき、翌月以降に村に請求していただく「償還払い」の扱いとなります。

※ 問合せ先

高額療養費の申請については、住民課 国保担当      TEL 85-3082

子ども医療費に関するお問い合わせは 福祉保健課      TEL 85-3081