

お一人につき一枚ずつ、受診された方全員分を作成してください

協会けんぽ資格喪失後受診に伴う返納金清算に係る同意書（兼 委任状）

協会けんぽ加入時の支部名を記載してください

全国健康保険協会 東京 支部長 殿

私は、全国健康保険協会管掌健康保険の資格を喪失した後に全国健康保険協会 東京支部（以下、「協会けんぽ支部」という。）の健康保険の資格を使用して受診したことによって発生した医療費の返納方法について、受診時に加入していた国民健康保険の保険者に支給申請することができる療養費を協会けんぽ支部が代理申請、代理受領し返納金債権に充当して精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。

記

1. 委任する事項

受診時に加入していた国民健康保険の保険者に支給申請することができる療養費を、協会けんぽ支部が代理申請、代理受領するために必要となる手続きの全てを協会けんぽ支部に委任します。

2. 同意する事項

- ・療養費の支給申請に必要な、協会けんぽ支部が保有する診療報酬明細書の写しを受診時に加入していた国民健康保険の保険者へ直接提供すること。
- ・協会けんぽ支部と国民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。
- ・協会けんぽ支部が代理受領した療養費を、返納金債権に充当して精算すること。

以上

令和 8 年 〇 月 〇 日

被保険者の氏名	協会 太郎		
被保険者の住所	〒105-0000 東京都 港区〇〇1-1 △△マンション 101		
電話番号	090-XXXX-XXXX		
療養を受けた者※の氏名	協会 花子	被保険者との続柄	配偶者

※療養を受けた者が被保険者の場合は、療養を受けた者の氏名欄の記載は必要ありません。

受診された方が被保険者（世帯主）の場合は記入不要です

受診時に加入されていた国民健康保険について、ご記入ください。

（受診時にご加入されていた国民健康保険の保険者に療養費を支給申請する際に必要な情報となります。）

保険者名称	〇〇国民健康保険						
保険者番号	0	0	×	×	×	×	×
記号	×			番号		XXXX	

資格情報のお知らせ等をご確認のうえご記入ください（記号」がない場合は空白としてください）