

資格喪失後受診に伴う返還金精算に係る申出書（委任条件同意書）

日本ハム健康保険組合 殿
_____ 殿

私は、日本ハム健康保険組合を資格喪失後に日本ハム健康保険組合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 _____ に支給申請することができる療養費等を日本ハム健康保険組合が代理申請、代理受領し、返還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 _____ に支給申請することができる療養費等を、日本ハム健康保険組合が代理申請、代理受領するために必要となる手続きの全てを日本ハム健康保険組合に委任します。

2. 同意する事項

- ・療養費等の支給申請に必要な、日本ハム健康保険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 _____ へ直接提供すること。
- ・日本ハム健康保険と _____ との間で申請人に係る必要な情報をやり取りすること。
- ・日本ハム健康保険組合が代理受領した療養費等を、返還金債権に充当して精算すること。

以上

平成 年 月 日

被保険者の氏名※1				印
被保険者の住所	〒 -			
電話番号				
療養を受けた者の氏名※2		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) 療養を受けた者が※1と同じ者である場合は、※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、お持ちの健康保険被保険者証を確認のうえ、ご記入ください。（日本ハム健康保険組合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申請する際に必要な情報となります。）

保険者 名称		保険者 番号								
-----------	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者証記号・番号	
------------	--