

同意書

受給者名 () が医療福祉費受給制度(マル福)を受給する期間内において、法令等の定める範囲でつくば市医療福祉費支給条例及びつくば市医療福祉費支給条例施行規則で定める受給者証の交付及び医療福祉費の助成について、必要な個人情報をつくば市関係各署及び他の行政機関等から、つくば市が取得することに同意します。

また、当受給者がつくば市国民健康保険の被保険者または茨城県後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者である期間の診療分に係る高額療養費・高額介護合算療養費のうち、医療福祉費該当分の受領についてつくば市長に委任することに同意します。なお、受領した高額療養費・高額介護合算療養費について、つくば市が保険医療機関等に支払う当該療養費に係る医療費に充当することも併せて同意します。

年 月 日

(受給者)

住 所

氏 名

(父・母・配偶者・扶養義務者等)

住 所

氏 名

受給者との続柄

住 所

氏 名

受給者との続柄

《記入上の注意》

- ・住所は受給者と同じ場合は受給者以外の記載は必要ありません。
- ・受給者・父・母・配偶者・扶養義務者等の氏名はそれぞれ自筆で記入してください。
- ・受給者がお子様の場合は保護者が記入してください。

市役所使用欄

受給者番号	
-------	--

裏面記入例あり

記入例

同意書

受給者の氏名を記入してください

受給者名 (つくば 一郎) が医療福祉費支給制及び、
を受給する期間内において、法令等の定める範囲でつくば市医療福祉費支給条例及びつくば市医療福祉費支給条例施行規則で定める受給者証の交付及び医療福祉費の助成について、必要な個人情報をつくば市関係各署及び他の行政機関等から、つくば市が取得することに同意します。

また、当受給者がつくば市国民健康保険の被保険者または茨城県後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者である期間の診療分に係る高額療養費・高額介護合算療養費のうち、医療福祉費該当分の受領についてつくば市長に委任することに同意します。なお、受領した高額療養費・高額介護合算療養費について、つくば市が保険医療機関等に支払う当該療養費に係る医療費に充当することも併せて同意します。

令和元年 5月 1日

受給者の情報を記入してください

(受給者)

住所 つくば市研究学園1丁目1番地1
氏名 つくば 一郎

(父・母・配偶者・扶養義務者等)

住所
氏名 つくば 太郎
受給者との続柄 父

住所
氏名 つくば 花子
受給者との続柄 母

《記入上の注意》

- ・住所は受給者と
- ・受給者・父・母
- ・受給者がお子様

父・母・扶養義務者等の情報を記入してください。

(例) 小児：父・母

ひとり親の親：記入不要

ひとり親の子：父又は母等

重度心身障害者等：配偶者及び扶養義務者

受給者番号