

同意書

山形県後期高齢者医療広域連合長 殿

年 月 日付で申請した「後期高齢者医療療養費申請書（特定疾病）」について、下記の取り扱いに同意します。

記

支給済みの後期高齢者医療高額療養費について、上記申請により同一世帯の被保険者（相手方）の高額療養費が減額となるとき

- ① 私の増額分が相手方の減額分と同額の場合、当該診療月については上記申請がないものとする。
- ② 私の増額分が相手方の減額分を上回る場合、当該診療月について、私の増額分から相手方の減額分を控除した額の支給決定を受けること。

年 月 日

被保険者（申請者）住所 _____

氏名 _____ ㊟