

日の出町指定疾病医療費助成 認定申請様式一覧

- 日の出町指定疾病医療費助成認定申請書(兼継続申請書) (様式第1号)

申請者の捺印が必要です ※スタンプ印不可

- 高額療養費自己負担限度額適用証明書

ご加入の健康保険組合または、勤務先の健康保険担当者様に証明をしてもらってから提出をしてください(様式の右上、指定疾病対象者氏名欄に記入してから証明書を依頼してください)。ただし、日の出町国民健康保険に加入されている方は町で確認できるため不要です。

※「記入について(お願い)」が添付されていますので、担当者様にお渡しください

- 同意書

ご加入の健康保険組合が、日の出町国民健康保険以外の場合、必要となります。

- 日の出町指定疾病医療証明書

※「記入のお願い」が添付されているので、医師にお渡しください

この様式の内容と同様であれば、かかりつけの医療機関の診断書でもかまいません。

※文書作成のための費用は患者様負担となります。

詳しくは「がん医療費の助成」の冊子をご覧ください。

★上記のほか、申請時に対象者本人の健康保険証(コピー可)が必要です。

★代理人の場合は、本人との関係がわかる書類(戸籍謄本など)が必要です。

但し、代理人が住民基本台帳上の同一世帯であることが、担当課で確認できる場合は不要。

【問合せ先】

日の出町 町民課 保険年金係

電話(代表) 042-597-0511

内線 284~286