

日の出町指定疾病医療費助成認定申請書(兼継続申請書)

対象者	氏名	(フリガナ)	性別	男 女	生年月日	昭和 平成	年	月	日	年齢	歳
	住所	〒 - 電話番号 ()									
対象者に関する事項	日の出町の住民となった日	昭和 平成	年	月	日	健康保険証 記号番号					
	保険者名					保険者番号					
	被扶養者である場合の 被保険者本人氏名	(フリガナ)					他の公費	有・無			
							附加給付	有・無			
	該当する所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ				自己負担限度額					
告知	有・無	※未告知の場合、注意点を記入ください。また、代理人も記入してください。									
※代理人	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成	年	月	日	対象者との関係			
	住所	〒 - 電話番号 ()									
(注意) 代理人が設定されている場合、指定疾病医療助成認定証等の送付先となります。											
日の出町長 様							添 付 書 類				
上記のとおり指定疾病医療費助成交付の申請します。							1 日の出町指定疾病医療証明書又はそれに代わる医師の証明書				
年 月 日							2 高額療養費自己負担額適用証明書				
住所							3 対象(認定)者の健康保険証写し				
申請者 氏名 (印)							4 健康保険組合への同意書				
電話 ()											

※ 認定申請及び医療費の助成申請を代理人が行う場合は、代理人欄を記入してください(代理人を定めない場合は記入不要)。

※日の出町がん医療費の助成に関する条例及び同条例施行規則に基づき、下記について同意します。

年 月 日

保険者への照会について	本助成に関する申請にあたり、被保険者本人及び被扶養者の診療報酬明細情報等を保険者に照会することに同意します。 被保険者本人氏名 (印)
受診状況等の照会について	本助成に関する申請にあたり、対象(認定)者の医療機関及び診療科における治療内容、また、薬局における調剤等の明細を、照会・確認することに同意します。 対象(認定)者氏名 (印)
世帯情報等の閲覧について	本助成に関する申請にあたり、対象(認定)者に対する町税及び国保税に関する情報、また、住民基本台帳等の情報を閲覧することに同意します。 世帯主氏名 (印) 対象(認定)者氏名 (印)