

特定疾病療養受療者
医療費助成制度 受給資格確認届

常務理事	事務長	係

特定疾病療養受療者の方は、医療費の自己負担が月に1万円または2万円となりますが、市区町村からの助成により、さらに自己負担が軽減される場合があります。レngoー健保では、自己負担のある特定疾病療養受療者の方に付加給付を支給しておりますが、正しく計算するため、本紙の提出をお願いいたします。確認後、該当者には付加給付金額を算出・支給いたしますのでご了承ください。

記号一番号		被保険者氏名		事業所名	
—					
受療者	氏名		生年月日	S・H・R	年 月 日
医療費助成制度の受給資格を取得されていますか				有 ・ 無	
<p>有の場合、医療証(写)を添付してください ※助成の内容がわかるもの (市区町村発行の「医療証(両面)」や「通知書」等で、医療機関窓口での一部負担金の有無や負担額及び 助成期間 等が明記されているもの)</p> <p>無の場合、その理由を下記から選んでください</p> <p><input type="checkbox"/> 所得制限のため</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>					
記入日		年 月 日			

※ 本届に記載した個人情報については、ホームページに記載の利用目的以外には使用いたしません。
 ※ 虚偽の届出、もしくは故意に事実を届出せずに付加給付を受給した場合、遡って返還を求めることとなりますのでご注意ください。
 ※ 医療証の更新時、あるいは内容に変更があった時には速やかにこの届をご提出ください。