

第3部

治療費の負担を軽くする保険や各種制度について

1. 高額な医療費の負担を減らしたい

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| 1. 高額療養費制度:70歳未満 …… 35 | 2. 高額療養費の現物給付化:70歳未満 …… 37 |
| 3. 高額療養費制度:70歳以上 …… 38 | 4. 高額療養費の現物給付化:70歳以上 …… 39 |
| 5. 高額医療・高額介護合算制度 …… 40 | 6. 小児慢性特定疾病医療費助成制度 …… 42 |

2. 経済的(生活費の助成等)負担を減らしたい

- | | |
|-------------------|-----------------------------|
| 1. 傷病手当金 …………… 46 | 2. 年金などからの支給(障害年金) …………… 51 |
| 3. 生活保護 …………… 52 | 4. 治療を受けながら働きたい …………… 53 |

1 高額な医療費の負担を減らしたい

高額療養費制度と現物給付

① 高額療養費制度：70歳未満

70歳未満の人で一月（月始～月末）の間に支払った医療費が一定額を超えた場合、超えた分の金額が払い戻される制度です。

【対象者】

医療保険に加入し医療費の自己負担が一定額を超えた人。

【70歳未満の方の区分】

平成30年8月1日施行

所得（注1）要件	区分	自己負担限度額（月額）	一般病床食費（1食）
所得が901万円を超える	ア	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% 【140,100円】	460円
所得が600万円を超え901万円以下	イ	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% 【93,000円】	
所得が210万円を超え600万円以下	ウ	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% 【44,400円】	
所得が210万円以下 (市民税非課税世帯を除く)	エ	57,600円 【44,400円】	
市民税非課税世帯	オ	35,400円 【24,600円】	210円 (160円)(注2)

(注1) 所得とは、国民健康保険税の算定の基礎となる「基礎控除後の総所得金額等」のことです。

(注2) 市民税非課税世帯の方で、過去1年間の入院日数が90日を越えている場合、1食160円となります。

- 表中の【】内の金額は、診療した月を含む過去12か月間に限度額以上の負担が4回以上あったときの4回目以降の自己負担限度額です。ただし、70歳以上75歳未満の外来（個人単位）のみで自己負担限度額を超えたときはこの限りではありません。
- 70歳未満の人の対象となる医療費は、診療した暦月（1日から末日まで）の保険内の支払い合計額が、各医療機関入院・外来別、医科・歯科別で、21,000円以上のもの（外来診療で院外処方がある場合は、処方箋を出した医療機関の外来分と薬代の合計額が21,000円以上のもの）です。
- 食事代や保険外（差額ベッド代など）の支払いは対象になりません。

【窓口と申請方法】

窓口は国保や協会けんぽ等の保険者により異なります。（申請から支給までに3～4か月かかるため見込額の8割相当額を無利子で貸し付ける制度もあります）

申請方法	支払い後の領収書・印かん・本人の銀行口座・保険証を準備し、それぞれの窓口へ申請します。		
窓 口	国民健康保険市町村役場		国民健康保険担当窓口
	全国健康保険協会		協会けんぽ各都道府県支部
	船員	職務外	協会けんぽ各都道府県支部
		職務内	労災保険制度 労災担当者
	健康保険組合		職場の事務を通じて組合へ連絡
	共済組合		職場の事務を通じて組合へ連絡

② 高額療養費制度の現物給付化：70歳未満

70歳未満の医療保険加入者は、認定証の交付を受け、医療機関に提示すると、医療費（入院・外来）の窓口負担が自己負担限度額までの支払いで済むことになり、一時的な費用負担が軽くなります。（申請が必要）

【利用者負担】

課税状況	認定証	適用範囲
課税世帯	「限度額適用認定証」	医療機関の窓口での支払いが自己負担限度額まで
非課税世帯	「限度額適用・標準負担額減額認定証」	医療機関の窓口での支払いが自己負担限度額までになり、入院時の食事代も減額

【窓口と申請方法】

- 保険証と被保険者の印かんを準備して、高額療養費と同様に各保険者の窓口にて手続き後、その場で「認定証」が交付されます。
- 国民健康保険以外の市町村民税非課税者は、申請のときに課税証明書が必要になります。

【補足】

- 認定証は、提出した月から適用となるため、早めの申請をおすすめします。
- 保険税滞納があると認定証の交付ができない場合もあります。
- 外来で処方されて、院外薬局で調剤した場合に支払った自己負担分は、処方した医療機関の自己負担分と合算して自己負担限度額を超えたときに高額療養費の申請ができます。

③ 高額療養費制度：70歳以上

高齢者（70歳以上）の支払った治療費が自己負担限度額を超えた場合に手続きにより戻ってくる制度です。

【70歳以上の方の区分】

平成30年8月1日施行

区分		負担割合	自己負担限度額(月額)		一般病床食費 (1食)	65歳以上の人が 療養病床に入院のとき 食事代(1食につき)・居住費
			外来(個人単位)	外来+入院(世帯単位)		
現役並み 所得者 (注1)	Ⅲ 課税所得 690万円以上	3割	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% 【140,100円】		460円	【入院時生活療養Ⅰを 算定する保険医療機関に 入院の場合】 食費:1食 460円 居住費:1日 370円
	Ⅱ 課税所得 380万円以上	3割	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% 【93,000円】			
	Ⅰ 課税所得 145万円以上	3割	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% 【44,400円】			
一般		2割 (注4)	18,000円 (年間上限:14,400円) (注5)	57,600円 【44,400円】		【入院時生活療養Ⅱを 算定する保険医療機関に 入院の場合】 食費:1食 420円 居住費:1日 370円
市民税 非課税	Ⅱ(注2)	2割 (注4)	8,000円	24,600円	210円 (160円)(注6)	食費:1食 210円 居住費:1日 370円
	Ⅰ(注3)	2割 (注4)	8,000円	15,000円	100円	食費:1食 130円 居住費:1日 370円

(注1) 現役並み所得者とは、同一世帯に市民税課税所得が145万円以上の70歳以上75歳未満の国保被保険者がいる人です。ただし、70歳以上75歳未満の国保被保険者の収入の合計が一定額未満の人(単身世帯のときは383万円未満、2人以上の世帯のときは520万円未満)は届出により「一般」の区分となります。また、同一世帯に後期高齢者医療制度に移行する人がいて旧国保被保険者を含めた収入金額が520万円未満の人も届出により「一般」の区分となります。なお、平成27年1月以降、新たに70歳となる国保被保険者がいる世帯で、70歳以上75歳未満の国保被保険者に係る所得(注1)の合計額が210万円以下である場合については「一般」の区分となります。

(注2) 市民税非課税Ⅱとは、世帯主と国保加入者全員が市民税非課税の世帯の人で、(注4)に該当する人を除く人です。

(注3) 市民税非課税Ⅰとは、世帯主と国保加入者全員が市民税非課税で、それぞれの所得が0円かつ年金収入が80万円以下の世帯の人です。

(注4) 昭和19年4月1日以前生まれの人は1割です。

(注5) 8月から翌年7月が対象期間となります。

(注6) 市民税非課税世帯の方で、過去1年間の入院日数が90日を越えている場合、1食160円となります。

● 表中の【】内の金額は、診療した月を含む過去12ヶ月間に限度額以上の負担が4回以上あったときの4回目以降の自己負担減額です。ただし、70歳以上75歳未満の外来(個人単位)のみで自己負担限度額を超えたときはこの限りではありません。

● 食事代や保険外(差額ベッド代など)の支払いは対象になりません。

【窓口と申請方法】

● 70 歳～ 74 歳の方は、それまで加入していた各保険者が窓口になり、75 歳以上の人は市町村役場（後期高齢者医療の担当）が窓口になります。

● 各窓口で領収書・印かん・本人の銀行口座・保険証を持参して申請します。

※ 70歳以上の一般と現役並みの所得(Ⅲ)の方は、自動的に窓口での支払が負担の上限額までにとどめられます。ただし、低所得の方は、高額療養費の申請を行うか、「認定証」の申請を行う必要があります。

【リンク・参照ホームページ】

地域医療データベースせごどん

福祉の窓口（健康保険）

鹿児島県 地域医療情報データベース せごどん

④ 高額療養費制度の現物給付化：70 歳以上

一月分の医療費が入院・外来ともに自己負担限度額までとなります。70 歳以上の人が治療を受けた場合、認定証の手続きをしなくても限度額までの支払いになります。ただし、低所得の人（市町村民税非課税者）と現役並み所得の（Ⅰ・Ⅱ）の人については、申請をすることにより「限度額適用・標準負担額認定証」が交付されます。

【窓口と申請方法】

● 75 歳以上…市町村役場（後期高齢者医療の担当）が窓口

● 低所得・現役並み所得（Ⅰ・Ⅱ）…各窓口で印かん・保険証を持参して申請することで、その場で「認定証」が交付されます。

● 上記以外の 70 歳以上・・・認定証がなくても、自動的に窓口での支払が負担の上限額までにとどめられます。

【補足】

- 外来と入院では、自己負担限度額に違いがあります。

【リンク・参照ホームページ】

地域医療データベースせごどん

高額療養費制度と高額療養費制度の現物給付（70歳未満・70歳以上）

鹿児島県 地域医療情報データベース せごどん

check!

鹿児島県地域医療・福祉情報サイト

地域医療情報データベース せごどん にリンク出来るよう添付しておりますので、ぜひご活用下さい。



介護費用と合わせて経済的負担を減らす制度

⑤ 高額医療・高額介護合算制度

毎年 8 月から 1 年間にかかった医療保険と介護保険の自己負担を世帯内（同一の医療保険に加入している世帯）にて合計し、基準額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度です。医療保険、介護保険それぞれに月単位で限度額を設けて自己負担を軽くする高額療養費制度高額介護サービス費がありますが、「高額医療・高額介護合算療養費制度」で、より自己負担が軽減されるようになります。

【対象者】

- 高額療養費の算定対象となる世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担を合算した額が、自己負担限度額を超えた場合に対象となります。

【利用者負担】

- 自己負担限度額は所得や年齢によって違いがあります。

【自己負担上限額】

平成 30 年 8 月 1 日施行

所得区分		年間の自己負担限度額 (後期高齢者医療 +介護保険)	被用者保険または国民健康保険+ 介護保険 (70～74歳の人 がいる世帯)※1	区分	被用者保険または国民健康保険+ 介護保険 (70歳未満の人が いる世帯)※2
現役並みの 所得者	(現役Ⅲ)	212万円	212万円	区分ア	212万円
	(現役Ⅱ)	141万円	141万円	区分イ	141万円
	(現役Ⅰ)	67万円	67万円		
一般		56万円	56万円	区分ウ	67万円
低所得者Ⅱ		31万円	31万円	区分エ	60万円
低所得者Ⅰ		19万円	19万円	区分オ	34万円

※1・2の対象となる世帯に、70歳～74歳の人と70歳未満の人が混在する場合は、①まずは70歳～74歳の人にかかる自己負担の合算額に、(※1)の区分の自己負担限度額が適用された後、②残る負担額と、70歳未満の人にかかる自己負担の合算額とを合算した額に、(※2)の区分の自己負担限度額が適用される。

【合算の対象外】

- 居宅サービスなどの支給限度額を超える自己負担
- 福祉用具購入費・住宅改修費の自己負担額
- 施設サービス等の利用における食費・居住費、その他日常生活費等

【窓口と申請方法】

- 加入している医療保険の窓口にて、毎年8月以降、申請書と医療費・介護サービス費の領収書を添えて提出します。払い戻しは、口座振込になるので申請時に金融機関の通帳もしくは口座番号が必要です。

⑥ 小児慢性特定疾病医療費助成制度

子どもの慢性疾患のうち、小児がんなど特定の疾患については、治療期間が長く、医療費負担が高額となります。小児慢性特定疾病医療費助成制度では、患者家庭の医療費の負担軽減につながるよう、医療費の自己負担分の一部を助成します。

【利用者負担】

● 自己負担は、医療費総額の2割です。

※院外薬局での保険調剤および指定訪問看護についても「自己負担上限月額」の金額内で自己負担があります。

※同一月内に支払った自己負担額の合計が「自己負担上限月額」に達した後は、その月は自己負担の支払いは生じません。入院時の食事の自己負担は、1/2。

【対象者】

● 小児慢性特定疾病にかかっており、厚生労働大臣が定める疾病の程度である児童などが対象です。

● 18歳未満（引き続き治療が必要と認められる場合には、20歳未満）の児童。

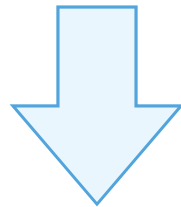
※厚生労働大臣の定める疾患にかかった場合。（令和3年11月以降：16疾患群788疾病が対象）
18歳以上の人は、新規申請はできません。

【窓口と申請方法】

- 申請者の住所を管轄する保健所に提出する。

【申請の流れ】

- 小児慢性特定疾病の医療費助成の申請については以下のとおりです。
 - ① 指定医療機関にて受診を受ける。
 - ② 診断後、「指定医」より小児慢性疾病の医療意見を記載してもらう。
 - ③ 申請のために、②で手交された医療意見書と必要書類を「保健所」に提出する。
 - ④ 小児慢性特定疾病審査会にて審査を行う。
 - ⑤ 対象患者・家族に認定（「医療受給者証」の交付）・不認定の通知がある。



指定医療機関を受診し、治療を受ける。

【申請に必要なもの】

● 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

● 医療意見書

※指定医に作成を依頼してください。（指定医のみが作成できます。）
主治医が指定医であるかは医療機関又は保健所でご確認ください。

● 同意書

※同意書1：（医療意見の研究利用についての同意書）

※同意書2：（高額療養費の所得区分を照会するための同意書）

● 保険証の写し

● 市県民税所得・課税（非課税）証明書

● 印かん

● 重症の人や人工呼吸器等の装着者は別途書類が必要です。

● 世帯調書

● マイナンバー関係書類

● その他（申請者および対象患者の属する世帯全員の住民票や申請者の手当や年金等の収入を証明する書類など）

● その他該当する方

- ・ 重症患者認定申告書
- ・ 人工呼吸器等装着者証明書
- ・ 生活保護受給証明書

【補足】

- 医療受給者証の有効期間は、原則として申請書を保健所で受け付けた日からとなりますので、小児慢性特定疾病に該当するときは、速やかに保健所へ申請してください。
- やむを得ない事情により保健所に行けない場合は、郵送による申請も受け付けますが、この場合の有効期間は消印日からとなります。保健所に連絡した上で投函することをおすすめします。
- 申請してから認定されるまで約2か月ほどかかります。
- 診断確定前は該当しないので、診断確定のための検査などは、対象となりません。
- 医療費助成の申請のための医療意見書を作成する医師は、予め都道府県知事等に指定された「指定医」であることと定められています。
- 受療する指定医療機関を追加する場合は、申請が必要です。
- 医療受給者証に記載された指定医療機関以外で受療した際の医療費については、助成の対象になりません。
- 「医療受給者証」の有効期間は、原則として申請日から1年以内で都道府県などが定める期間です。1年ごとに更新の申請が必要です。

【リンク・参照ホームページ】

[地域医療データベースせごどん／がん情報サービス／小児慢性特定疾病情報センター](#)
[小児慢性特定疾病医療費助成制度](#)
[医療費の負担を軽くするための制度](#)

2 経済的（生活費の助成等）負担を減らしたい

① 傷病手当金

病気やけがのため就労できず、給料が支給されないときの手当です。業務外の傷病により療養のため、就労不能や給料が支給されない場合に療養中の休業 1 日につき標準報酬日額の 3 分の 2 が生活保障として支給されます。

※標準報酬日額とは給料を保険料算定の基礎となる額に換算したもの

【支給期間】

- 支給開始日から通算して1年6か月。

【対象者】

- 事業所に雇用されており、かつ健康保険に加入している人で、以下 3 つの要件を満たしている人

- ① 通勤災害を含む仕事以外の原因で生じた疾病や負傷で、働けず 3 日以上連続して会社を休んでいる（待機 3 日間）※1

※1 待機 3 日間…連続して 3 日間の休みの後、4 日目以降の仕事に就けなかった日に対して支給されます。この 3 日間については、有給休暇・土日・祝日等の公休日も含まれます。その 3 日間に給与の支払いがあったかどうかは関係ありません。

例) 待機期間の考え方

平日	土曜	日曜	平日	平日	平日
出勤日	休 1 日目	休 2 日目	有休 3 日目	休 傷病手当	休 傷病手当

② 会社を休んでいる間（4日目以降）に給料の支給がない、あるいは支給されていても傷病手当金の額を下回る

③ 療養のため、仕事に就くことができない

※傷病手当を受給中に出勤した場合は、出勤日は傷病手当を受給できません。

【相談窓口】

- 事業所の社会保険担当者
- 事業所加入の健康保険組合か共済組合または全国健康保険協会

【申請方法】

申請時に以下の①～④の書類が必要になります。

- ① 傷病手当金請求書
- ② 賃金台帳
- ③ 出勤簿
- ④ 負傷の原因届（外傷の場合）

※他にも以下のような条件もあります。

- 第三者の行為による傷病時には、「第三者の行為による傷病届」や「事故証明書」などが必要です。
- 「傷病手当金請求書」は、再認定のために1か月ごとに提出します。
- 申請してから認定されるまで約2か月ほどかかります。
- 初回分は労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1か月分の賃金台帳と出勤簿の写しを添付して申請。
- 傷病手当金と同一傷病で障害年金を受けている場合は年金額が確認できるもの（年金証書、振込通知書のコピーなど）
- 退職後に申請する人で老齢年金、退職共済年金などを受けている場合、年金額が確認できるもの（年金証書、振込通知書のコピー等）

【補足】

- 傷病手当金と傷病手当は別の手当になります。また、傷病手当と傷病手当金どちらも申請可能な場合は、傷病手当が支給停止になります。
- 病気が未完治のままで出勤し、病気が長引いたとしても受給期間は1年6か月となるため、仕事復帰の際には注意が必要です。
- 働けない状態が1年6か月以上続く場合には、障害年金の裁定請求（申請）「日本年金機構ホームページ」の検討が必要です。障害の程度など要件に該当すれば障害年金受給の可能性があります。

※支給条件を満たしていても以下の場合には、支給されない場合または減額調整されます。

- ① 障害厚生年金もしくは障害手当金を受ける場合
- ② 退職後に老齢（退職）年金を受ける場合
- ③ 傷病手当や出産手当金をうける場合
- ④ 労災の休業補償給付をうける場合
- ⑤ 手当などを含む給与を少しでもうける場合
- ⑥ 国民健康保険の被保険者

【リンク・参照ホームページ】

地域医療データベースせごどん

2-1 医療を受けるための保険

2-1-01 医療保険（総括）

2-1-02 船員保険

2-1-03 共済組合

2-1-04 後期高齢者医療制度

2-1-05 前期高齢者医療制度

2-1-06 任意継続被保険者

2-1-07 日雇特例被保険者

2-1-08 労働者災害補償保険制度（労災保険）

2-1-09 交通事故（自動車損害賠償責任保険）

2-1-10 無料低額診療事業

2-2 高額療養費制度

2-2-01 高額療養費制度と高額療養費制度の現物給付

2-2-02 高額療養費受療委任払制度

2-2-03 高額療養費貸付制度

2-2-04 高額医療・高額介護合算療養費制度

【退職の際のポイント】

傷病手当金は、要件を満たす場合に退職後も継続受給することができる場合があります。

- 健康保険などへの加入期間が1年以上ある
- 3日間の待機期間を完了していること（待機期間を完了しないまま退職した場合には傷病手当金を受け取ることはできません）
- 退職日に出勤した場合、治癒したと判断されるので、退職日の当日は、休みをとる必要があります。
- 失業給付と傷病手当金は一緒にもらうことができません。病気やケガの人は、失業給付の受給期間を最大4年まで延長することができるため、延長申請することで、延長している間に傷病手当金受給し、その後働けるようになってから、失業保険の基本手当を受け取ることができます。受給期間は延長できますが、給付日数は変わりません

【基本手当の受給期間の延長】

延長理由	提出期限	延長期間（通常受給期間 + 延長期間 = 最大）
病気やけが	離職日の翌日から30日を 過ぎてから1か月以内	最長3年間（1年 + 3年間 = 最大4年間）

【船員保険退職後の傷病手当金】

疾病任意継続被保険者の資格を取得した日（任意継続保険以外の人の場合は、船員保険の資格を喪失した日）前1年間に3か月以上、または3年間に1年以上の保険者は、資格喪失日前に現に受けていたまたは受けられる条件を満たしていれば、退職後も受けることができます。

また、船員保険の疾病任意継続を選択した場合、疾病任意継続被保険者の資格取得後、1年以内に発症した疾病は、傷病手当金の対象となります。（これは、通常の健康保険にはありません。）

【その他】

- 一人親家庭等医療費助成制度
- 生活福祉資金貸付制度等に関しては、下記をご参照下さい。

【リンク・参照ホームページ】

チェストガイド | 鹿児島県

地域医療情報データベース せごどん

全国健康保険協会ホームページ

<http://www.kyoukaikenpo.or.jp/1.html>

日本年金機構ホームページ

<http://www.nenkin.go.jp/n/www/index.html>

② 年金などからの支給

障害年金

病気などで重度の障害が残った 65 歳未満の方に、年金を早くから支給する制度です。人工肛門の造設や、咽頭部摘出を受けた方のほか、日常生活で介助が不可欠だったり、生活や仕事に著しい制限を受ける状態になった場合に受給できることがあります。

加入している年金保険によって、障害基礎年金（国民年金）、障害厚生年金（厚生年金）、障害共済年金（共済年金）に分かれます。障害基礎年金は障害等級1、2級が対象ですが、障害厚生年金などは1～3級までとなっています。なお、障害等級は、身体障害者手帳の等級とは異なり、手続きも別に行う必要があります。

また、いずれかの年金に加入中に障害をおった方、保険料を一定期間納めていることなどの要件を満たしている必要があります。なお、障害基礎年金は、20歳未満、または60歳以上65歳未満の方でも条件が合えば対象になります。

【手続きの窓口】

- 障害基礎年金…各市区町村役場の国民年金の窓口
- 障害厚生年金…職場の担当年金事務所
- 障害共済年金…職場の担当共済組合事務局

障害手当金（厚生年金）、障害一時金（共済年金）

障害手当金は厚生年金、障害一時金は共済年金の加入者が対象です。どちらも、障害年金の対象にならない軽度の障害をおった方に、一度だけ支給されるものです。

【リンク・参照ホームページ】

地域医療データベースせごどん [障害年金](#)

【手続きの窓口】

- 障害手当金…職場の担当年金事務所
- 障害一時金…職場の担当共済組合事務局

【リンク・参照ホームページ】

地域医療情報データベース [せごどん](#) [障害年金](#)

③ 生活保護

病気で仕事が出来ないなどの理由で、収入が国の定める基準以下の場合申請・調査の手続きを経て、経済的な援助が受けられる制度です。

【対象者】

生活に困窮し生活保護が必要とされれば、国民のだれもが受給することができます。原則として外国人は適応外となりますが、人道的立場などから行政措置として一般国民に対する取り扱いに準じて必要な保護を実施しており、外国人の場合は外国人登録証明書が必要となります。医療費の支払いや就業にかかる訓練の費用など一時的な理由でも申請は可能です。

【窓口】

- 居住地の福祉事務所

【申請後の流れ】

申請後は1週間以内に家庭訪問調査や資産調査などが実施され、原則14日以内に生活保護の受給可否について決定通知がなされます。

【リンク・参照ホームページ】

地域医療情報データベース [せごどん](#) [生活保護](#)

④ 治療を受けながら働きたい

【治療と仕事】

がんの早期発見や治療法の進歩により、仕事を続けながら治療を受ける方が増えてきました。その一方で、患者さんやご家族が、仕事と治療の両立に不安を感じたり、経済面でのやりくりが大変だと感じることも多いと言われています。

治療を受けるにあたり、さまざまな理由から退職を考えることがあるかもしれませんが、すぐに決めるのではなく、主治医や職場の上司や産業医などと相談することをおすすめします。職場の就業規則や休暇制度を確認するとともに、ご自身の病気や治療計画、勤務の仕方について話し合うことが必要です。早まって仕事を辞めないようにしましょう。

治療を受けながら働きたい方など就労に関するご相談は、がん相談支援センターや就労支援窓口、両立相談支援窓口をご利用下さい。がん診療連携拠点病院等では、専門機関の専門担当者と連携して、就労に関する相談をお受けする窓口を開設しています。

【就労支援窓口】

ハローワークの就労支援ナビゲーターが相談に応じます。

【両立相談支援窓口】

鹿児島産業保健総合支援センターの両立支援促進員が相談に応じます。

また〔出張相談窓口〕が開設されている医療機関もあります。

相談ご希望の方は、最寄りのがん相談支援センター(P.24～)までお問い合わせ下さい。