様式第１（第５条関係）

後期高齢者福祉医療費受給者証交付申請書

年　　月　　日

岩　倉　市　長　　殿

住　　所
申請者
氏　　名
個人番号
電話番号

次のとおり後期高齢者福祉医療費受給者証の交付を申請します。
後期高齢者福祉医療費受給資格等の確認に必要な公簿を閲覧することを承諾します。
後期高齢者高額療養費、高額介護合算療養費の受領を岩倉市に委任します。

<table>
<tr><td colspan="2">受給者番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">受給資格者</td><td>住　　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">生　年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">加入医療保険</td><td>被保険者氏名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>記号番号</td><td></td><td>附加給付等の有無</td><td colspan="2">有・無</td></tr>
<tr><td rowspan="2">保険者</td><td>名　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>障害区分</td><td colspan="2"></td><td>交付事由</td><td colspan="2">1　手帳交付　　2　転　　入　　3　再判定
4　その他（　　）
（交付事由発生年月日　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">手帳等</td><td>記号番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>交付年月日</td><td></td><td>再判定日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

様式第２（第５条関係）

愛知県内のみ有効

福	後期高齢者福祉医療費受給者証	
公費負担者番号		８９２３２２８４
公費負担医療の受給者番号		
受給者	住　所	愛知県岩倉市
	氏　名	
	生年月日	年　月　日
有効期間		年　月　日から 年　月　日まで
発行機関名及び印		愛知県 岩倉市長
交付年月日		年　月　日

この証は、医療機関の窓口へ提出してください。

注　意　事　項

1　この証は、本人以外は使用できません。
2　保険医療機関等において診療を受ける場合は、この証を必ず窓口に提出してください。
3　受給者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を市長に返してください。
4　氏名又は居住地に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市長にその旨を届け出てください。
5　加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に、市長にその旨を届け出てください。
6　この証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
7　有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに、市長に返してください。
8　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

様式第３（第６条関係）

後期高齢者福祉医療費受給者証更新申請書

年　　月　　日

岩　倉　市　長　　殿

住　　所

申請者

氏　　名

個人番号

電話番号

次のとおり後期高齢者福祉医療費受給者証の更新を申請します。

<table>
<tr><td colspan="2">受給者番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">受給資格者</td><td>住　　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">生　年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">加入医療保険</td><td>被保険者氏名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>記号番号</td><td></td><td>附加給付等の有無</td><td colspan="2">有・無</td></tr>
<tr><td rowspan="2">保険者</td><td>名　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>障害区分</td><td colspan="2"></td><td>交付事由</td><td colspan="2">1　手帳交付　　2　転　　入　　3　再判定
4　その他(　　)
（交付事由発生年月日　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">手帳等</td><td>記号番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>交付年月日</td><td></td><td>再判定日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

様式第４（第７条関係）

後期高齢者福祉医療費受給者証再交付申請書

年　　月　　日

岩　倉　市　長　　殿

住　所

申請者

氏　名

電話番号

次のとおり後期高齢者福祉医療費受給者証を再交付してください。

受給者番号		
受給者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
申請理由		1　破損 2　汚損 3　紛失 事情をお書きください。 （　　）
※再交付年月日		

※の欄は記入しないでください。

様式第５（第９条関係）

後期高齢者福祉医療費支給申請書

年　　月　　日

岩　倉　市　長　殿

申請者
住　　所
氏　　名
個人番号
電話番号

次のとおり後期高齢者福祉医療費の支給を申請します。

後期高齢者福祉医療費受給資格等の確認に必要な公簿を閲覧することを承諾します。
後期高齢者高額療養費、高額介護合算療養費の受領を岩倉市に委任します。

受給者番号	氏名		生年月日
区分	入院　・　入院外	傷病名	
療養期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで		
医療機関	(所在地)		
	(名　称)		
加入医療保険の記号番号			
保険者の名称			

金融機関名	支店番号	支店名	口座種別・番号	口座名義人(カナ)

医療費総額	他法負担額	自己(一部)負担割合	自己(一部)負担額	附加等	支給決定額
円	円		円	円	円

様式第６（第１３条関係）

後期高齢者福祉医療費受給資格等変更届

年　　月　　日

岩　倉　市　長　　殿

住　所

届出者

氏　名

電話番号

次のとおり後期高齢者福祉医療費の受給資格等に変更がありました。

受給者番号		
受給者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	

区分		新	旧
氏名			
住所			
認定区分	１身体・知的障害 ２母子・父子家庭 ３戦傷病者手帳保持者 ４精神措置入院 ５結核勧告入院 ６寝たきり・認知症 ７精神障害 ８ひとり暮らし		

変更年月日	

様式第７（第１３条関係）

後期高齢者福祉医療費受給資格喪失届

年　　月　　日

岩　倉　市　長　　殿

住　所

届出者

氏　名

電話番号

次のとおり後期高齢者福祉医療費の受給資格を喪失しました。

受給者番号		
受給者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
喪失理由		1　転出 （転出先　　） 2　死亡 3　その他 （　　）
※資格喪失年月日		

（注）　1　受給者証を添えてください。
　　2　※の欄は記入しないでください。

様式第８（第１３条関係）

第三者行為による傷病届

項目			内容		
（被保険者名等）届出者	被保険者記号・番号 / 保険者名		被保険者記号・番号	保険者名	
	届出者情報	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏 名		生年月日 年　月　日
		住所 / 電話	〒		電話番号 （　　）
（受診者）被害者	受給者番号				
	氏名 / 続柄 / 生年月日	届出者の情報と同じ場合はチェック □	ふりがな 氏 名	届出者との関係	生年月日 年　月　日
	住所 / 電話		〒		電話番号 （　　）
（第三者）加害者	氏　名		ふりがな 氏 名		
	住所 / 電話		〒		電話番号 （　　）
事故発生状況	事故発生日時		年　月　日　午前 / 午後　時　分頃		
	事故発生場所				
	労災保険対象の確認		本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 （※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック）		□
（加害者）自賠責保険	保険会社名 / 保険契約者名		保険会社名	ふりがな 氏 名	
	登録番号 / 車台番号		登録番号	車台番号	
	保険期間 / 自賠責証明書番号		保険期間 年　月　日 ～　年　月　日	自賠責証明書番号 第　号	
任意保険（加害者）	保険会社名 / 担当部署		保険会社名	担当部署	
	取扱店所在地 / 電話		〒	電話番号 （　　）	
	担当者名 / E-mail		ふりがな 氏 名	E-mail	
	保険契約者名		ふりがな 氏 名		
	住所		〒		
	保険期間 / 契約番号		保険期間 年　月　日 ～　年　月　日	契約番号 第　号	
	任意対人一括の有無		有 ／ 無		
被害者加入の保険会社の関与		関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入 有 □　無 □	保険会社名	担当部署	
			担当者氏名	電話番号 （　　）	
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※治療終了日（見込）については可能な範囲でご記入ください。		① 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日　年　月　日 治療終了(見込)　年　月　日
			〒		電話番号 （　　）
			② 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日　年　月　日 治療終了(見込)　年　月　日
			〒		電話番号 （　　）
			③ 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日　年　月　日 治療終了(見込)　年　月　日
			〒		電話番号 （　　）
傷病届作成日 / 作成支援の有無			年　月　日	本届出書を損害保険会社等（業務委託先を含む）の支援を受けて作成した場合はチェック	□