

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 | 8 9 2 3 2 2 8 4 | |
| 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、後期高齢者医療被保険者証に添えて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、被保険者証に添えてこの証を必ず窓口提出してください。
- 3 受給者の資格がなくなつたときは、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つたときは、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つたときは、14日以内に、市長にその旨を届け出てください。
- 6 この証を破つたり、汚したり、又は失つたりしたときは、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。

| | | | | |
|--------|---------------------|-------|--|-----|
| 受給者番号 | | | | |
| 受給資格者 | 住 所 | | | |
| | フリガナ | | 生 年 月 日 | |
| | 氏 名 | | | |
| 加入医療保険 | 被 保 険 者 氏 名 | | | |
| | 被 保 険 者 証 の 記 号 番 号 | | 附加給付等の有無 | 有・無 |
| | 保 険 者 | 名 称 | | |
| | | 所 在 地 | | |
| 障害区分 | | 交付事由 | 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) | |
| 手帳等 | 記 号 番 号 | | | |
| | 交 付 年 月 日 | | 再 判 定 日 | |
| 備考 | | | | |

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 | <p>1 破損</p> <p>2 汚損</p> <p>3 紛失</p> <p>事情をお書きください。</p> | |
| ※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

住 所
申請者
氏 名
電話番号

| | | | | | |
|------------------------|----------|-------------------|-----------------|---------------|-----------|
| 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) | | | | |
| 被 保 険 者 証 の 記 号 番 号 | | | | | |
| 被 保 険 者 証 発 行 機 関 名 | | | | | |
| 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変更届

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の受給資格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）

| | | |
|--|--|--|
| <p>後期高齢者福祉医療費受給資格喪失届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">岩 倉 市 長 殿</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p>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。</p> | | |
| 受 給 者 番 号 | | |
| 受 給 者 | 住 所 | |
| | フリガナ | |
| | 氏 名 | |
| | 生 年 月 日 | |
| 喪 失 理 由 | <p>1 転出</p> <p style="margin-left: 20px;">〔 転出先 〕</p> <p>2 死亡</p> <p>3 その他</p> <p style="margin-left: 20px;">〔 〕</p> | |
| ※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。

第三者行為による傷病届

| 項 目 | | 内 容 | | |
|---|---|--|---|-------------------|
| (被 保 険 者 名 等) | 被保険者記号・番号 / 保険者名 | 被保険者記号・番号 | | |
| | 届出者情報 | ふりがな 氏名 | 保険者名 | |
| | | 〒 | 生年月日 年 月 日 | |
| | 住所 / 電話 | 〒 | 電話番号 () | |
| (被 害 者) | 受給者番号 | | | |
| | 氏名 / 続柄 / 生年月日 | 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) | 氏名 | ふりがな 氏名 | | |
| | 住所 / 電話 | 〒 | 電話番号 () | |
| | 事故発生日時 | 年 月 日 午前 / 午後 時 分頃 | | |
| 事 故 発 生 状 況 | 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) | | |
| (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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> | 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 | 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 |
| | 住所 / 電話番号 | 〒 | 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。 | 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 |
| | | 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 <input type="checkbox"/> | |