

大口町告示第21号

大口町後期高齢者福祉医療費給付要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

令和4年3月29日

大口町長 鈴木雅博

大口町後期高齢者福祉医療費給付要綱の一部を改正する要綱

大口町後期高齢者福祉医療費給付要綱（平成20年大口町告示第27号）の一部を次のように改正する。

様式第1中

「

フリガナ 氏名		男・女
フリガナ 世帯主名		男・女

を

」

「

フリガナ 氏名	
フリガナ 世帯主名	

に改める。

」

様式第2中

「

生年月日	年 月 日	男・女
------	-------	-----

を

」

「

生年月日	年 月 日
------	-------

に改める。

」

様式第3中

「

フリガナ 氏名		男・女
フリガナ 世帯主名		男・女

を

「

フリガナ 氏名	
フリガナ 世帯主名	

に改める。

」

様式第4中

「

生年月日	年 月 日	性別	男・女
------	-------	----	-----

を

」

「

生年月日	年 月 日
------	-------

に改める。

」

様式第7中

「

受給者 氏名		男・女
-----------	--	-----

を

」

「

受給者 氏名	
-----------	--

に改める。

」

様式第8中

「

続柄		性別	男・女
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日		
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日		

を

」

「

続柄	
生年月日	年 月 日
生年月日	年 月 日

に改める。

」

附 則

この要綱は、告示の日から施行する。

(新)

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					
大口町長		様		年 月 日	
		申請者		住所 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の交付を申請します。					
受給資格者	住所			世帯主との続柄	
	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日		
	フリガナ 世帯主名	生年月日	年 月 日		
保険の加入状況	被保険者名	住所			
		氏名			
	被保険者証	記号	番号		
	保険者の名称			付加付	有・無
	保険者の所在地				
認定区分	区分		手帳番号等	区分	手帳番号等
	1	身体・知的障害等		5	結核勧告入院
	2	母子・父子家庭等		6	独り暮らし
	3	戦傷病者手帳所持		7	寝たきり・認知症
	4	精神措置入院		8	精神障害
備考					

(委任状欄)

私は、受給者証の交付を受けた後に私が加入する後期高齢者医療広域連合から、高齢者の医療の確保に関する法律第84条に規定する高額療養費及び同法第85条に規定する高額介護合算療養費が支給される場合は、その受領の権限を大口町長に委任します。また、医療費が過誤調整等により過支給が生じた場合は、償還に応じることを約束します。				
年 月 日				
委任者 (住所) (氏名)				

(旧)

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			
大口町長		様	年 月 日
		申請者	住所 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の交付を申請します。			

受給資格者	住所			世帯主との続柄	
	フリガナ氏名	男・女	生年月日	年 月 日	
	フリガナ世帯主名	男・女	生年月日	年 月 日	

保険の加入状況	被保険者名	住所			
		氏名			
	被保険者証	記号	番号		
	保険者の名称			付加付	有・無
	保険者の所在地				

認定区分	区分	手帳番号等	区分	手帳番号等
	1 身体・知的障害等 2 母子・父子家庭等 3 戦傷病者手帳所持 4 精神措置入院		5 結核勧告入院 6 独り暮らし 7 寝たきり・認知症 8 精神障害	

備考	
----	--

(委任状欄)

私は、受給者証の交付を受けた後に私が加入する後期高齢者医療広域連合から、高齢者の医療の確保に関する法律第84条に規定する高額療養費及び同法第85条に規定する高額介護合算療養費が支給される場合は、その受領の権限を大口町長に委任します。また、医療費が過誤調整等により過支給が生じた場合は、償還に応じることを約束します。	
年 月 日	委任者 (住所) (氏名)

(新)

様式第2 (第5条関係)

(表面)

		愛知県内のみ有効 後期高齢者福祉医療費受給者証		
		公費負担者番号		
公費負担医療の 受給者番号				
受 給 者	住 所	愛知県丹羽郡大口町		
	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		愛知県丹羽郡		
		大口町長		印
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。

(裏面)

注 意 事 項	
<ol style="list-style-type: none">1 この証は、本人以外には使用できません。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へ提出してください。3 受給者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を 町長に返してください。4 氏名、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、町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、町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、町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。	
(問い合わせ先)	

(旧)

様式第2 (第5条関係)

(表面)

		愛知県内のみ有効 後期高齢者福祉医療費受給者証			
		公費負担者番号			
公費負担医療の 受給者番号					
受 給 者	住 所	愛知県丹羽郡大口町			
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	男・女
有 効 期 間		年 月 日から 年 月 日まで			
発 行 機 関 名 及 び 印		愛知県丹羽郡 大口町長 印			
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。

(裏面)

注 意 事 項	
<ol style="list-style-type: none">1 この証は、本人以外には使用できません。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へ提出してください。3 受給者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を 町長に返してください。4 氏名、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、町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、町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、町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。	
(問い合わせ先)	

(新)

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				
大口町長		様		年 月 日
		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の更新を申請します。				
受給資格者	住所			世帯主との続柄
	フリガナ氏名	生年月日	年 月 日	
	フリガナ世帯主名	生年月日	年 月 日	
保険の加入状況	被保険者名	住所		
		氏名		
	被保険者証	記号	番号	
	保険者の名称		付加付	有・無
	保険者の所在地			
認定区分	区分	手帳番号等	区分	手帳番号等
	1 身体・知的障害等		5 結核勧告入院	
	2 母子・父子家庭等		6 独り暮らし	
	3 戦傷病者手帳所持		7 寝たきり・認知症	
	4 精神措置入院		8 精神障害	
備考				

(委任状欄)

私は、受給者証の交付を受けた後に私が加入する後期高齢者医療広域連合から、高齢者の医療の確保に関する法律第84条に規定する高額療養費及び同法第85条に規定する高額介護合算療養費が支給される場合は、その受領の権限を大口町長に委任します。また、医療費が過誤調整等により過支給が生じた場合は、償還に応じることを約束します。	
年 月 日	委任者 (住所) (氏名)

(旧)

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					
大口町長		様		年 月 日	
		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の更新を申請します。					
受給資格者	住所			世帯主との続柄	
	フリガナ氏名	男・女	生年月日	年 月 日	
	フリガナ世帯主名	男・女	生年月日	年 月 日	
保険の加入状況	被保険者名	住所			
		氏名			
	被保険者証	記号	番号		
	保険者の名称			付加付	有・無
	保険者の所在地				
認定区分	区分	手帳番号等	区分	手帳番号等	
	1 身体・知的障害等		5 結核勧告入院		
	2 母子・父子家庭等		6 独り暮らし		
	3 戦傷病者手帳所持		7 寝たきり・認知症		
	4 精神措置入院		8 精神障害		
備考					

(委任状欄)

私は、受給者証の交付を受けた後に私が加入する後期高齢者医療広域連合から、高齢者の医療の確保に関する法律第84条に規定する高額療養費及び同法第85条に規定する高額介護合算療養費が支給される場合は、その受領の権限を大口町長に委任します。また、医療費が過誤調整等により過支給が生じた場合は、償還に応じることを約束します。				
年 月 日				
委任者 (住所)				
(氏名)				

(新)

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
大口町長		様	
		住所	
		申請者	
		氏名	
次のとおり後期高齢者福祉医療費受給者証の再交付を申請します。			

受給資格者	受給者番号			
	住所			
	氏名		世帯主との続柄	
	生年月日	年	月	日
世帯主名				
加入保険	名称			
	記号番号			
申請理由		1 紛失した 2 破損した 3 汚損した		
*再交付年月日		年	月	日
備考				

(旧)

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				
大口町長 様				
住所				
申請者				
氏名				
次のとおり後期高齢者福祉医療費受給者証の再交付を申請します。				
受給資格者	受給者番号			
	住所			
	氏名		世帯主との続柄	
	生年月日	年 月 日	性別	男・女
世帯主名				
加入保険	名称			
	記号番号			
申請理由		1 紛失した 2 破損した 3 汚損した		
*再交付年月日		年 月 日		
備考				

(新)

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			
大口町長 様			
住所 届出者 氏名			
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 氏名		生年 月日	年 月 日
喪失理由	1 転出 (転出日 年 月 日) 2 死亡 (死亡日 年 月 日) 3 その他 []		
※資格喪失年月日	年 月 日		
備考			

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

(旧)

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			
大口町長 様			
住所 届出者 氏名			
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 氏名	<u>男</u> <u>女</u>	生年 月日	年 月 日
喪失理由	1 転出 (転出日 年 月 日) 2 死亡 (死亡日 年 月 日) 3 その他 []		
※資格喪失年月日	年 月 日		
備考			

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

(新)

様式第8 (第13条関係)

第三者の行為による被害届

後期高 齢福祉						年	月	日		
大口町長 様					(〒 ー)	受給者 住所				
						氏名				
						電話 ()				
下記のとおりお届けします。										
事 故 発 生 日	年	月	日	午 (前・後)	時	分	頃	事故発生 場 所		
受給者番号・ 医療証番号		社保・国保 の保険者名		事故原因 と状況						
被 害 者 名 (受給者名)		被保険者証 記号・番号		職 業						
		フリガナ		続 柄						
		氏 名		生年月日		年	月	日		
第 三 者 (加害者) に 関 す る 事 項	加 害 者 (運 転 者)		氏 名		生年月日		年	月	日	
			住 所		(ー)					
			職 業		電 話		()			
	保 有 者 (契 約 者)		氏 名		電 話		()			
			住 所		(ー)					
			加 害 者 との関係		本人・親族(続柄)・事業主・その他 ()					
	自賠償保険		有 無	保 険 会 社		証 明 書 番 号				
	任 意 保 険		有	保 険 会 社		支 店 名		課 名	担 当 者 名	
			無	証 券 番 号		電 話		()		
	医療機関の所在地・名称(氏名)			傷 病 名		初 診 日		年	月	日
当 初					保 険 診 療		有 ・ 無			
					保 険 診 療 開 始 日		年	月	日	
転 医 後					診 療 見 込 期 間					
					診 療 見 込 金 額		円			

注意 この申請書に次の書類を添付して提出して下さい。

- 1 委任状
- 2 事故発生状況報告書
- 3 交通事故証明書
- 4 念書(被害者)
- 5 誓約書(加害者)
- 6 示談書の写し

(旧)

様式第8 (第13条関係)

第三者の行為による被害届

後期高 齢福祉						年	月	日
大口町長 様					(〒 ー)			
受給者 住所								
氏名								
電話 ()								
下記のとおりお届けします。								
事 故 発 生 日	年	月	日	時 分 頃	午 (前・後)	事故発生 場 所		
受給者番号・ 医療証番号		社保・国保 の保険者名		事故原因 と状況				
被 害 者 名 (受給者名)		被保険者証 記号・番号		職 業				
		フリガナ		続 柄		性別		男・女
		氏 名		生年月日		(明・大・昭・平) 年 月 日		
第 三 者 (加 害 者) に 関 する 事 項	加 害 者 (運 転 者)		氏 名		生年月日		(明・大・昭・平) 年 月 日	
			住 所		(ー)			
			職 業		電 話		()	
	保 有 者 (契 約 者)		氏 名		電 話		()	
			住 所		(ー)			
			加 害 者 との関係		本人・親族(続柄)・事業主・その他 ()			
	自賠償保険		有 無	保 険 会 社		証 明 書 番 号		
任 意 保 険		有	保 険 会 社		支 店 名		課 名	担 当 者 名
		無	証 券 番 号		電 話		()	
医療機関の所在地・名称(氏名)			傷 病 名		初 診 日		年 月 日	
当 初					保 険 診 療		有 ・ 無	
					保 険 診 療 開 始 日		年 月 日	
転 医 後					診 療 見 込 期 間			
					診 療 見 込 金 額		円	

注意 この申請書に次の書類を添付して提出して下さい。

- 1 委任状
- 2 事故発生状況報告書
- 3 交通事故証明書
- 4 念書(被害者)
- 5 誓約書(加害者)
- 6 示談書の写し