

# 福祉医療費受給者証 <sup>交付</sup>更新 <sub>申請書</sub>

## (重度心身障害者用)

N		有効 期間	～	交 付	年 月 日
---	--	----------	---	-----	-------

受 給 者	住 所	山口市				
	ふりがな 氏 名					
	生年月日	年		月	日	
加 入 医 療 保 険	記号番号					
	被保険者氏名				続柄	
	被保険者住所					
	保険者番号					
* 該当箇所に記入、または○をつけてください。						
1	療育手帳A判定	障害年金1級		特別児童扶養手当1級		
	身体障害者手帳	肢体不自由・心臓・じん臓・呼吸器・直腸・ぼうこう 視覚障害・聴覚平衡障害・肝臓・その他( )				
		1級 ・ 2級 ・ 3級				
	精神障害者保健福祉手帳1級			その他		
2	原爆手帳をもっている。	はい ・ いいえ				
3	生活保護を受けている。	はい ・ いいえ				
4	現在、一人暮らしである。	はい ・ いいえ (はいの場合は下欄に記入)				
	生活場所	1. 自宅		2. 病院 ・ 施設 (名称 )		
		( 期間 年 月 日 から )				
	連絡先 (本人以外)					
	氏名	(続柄 )			TEL	
	住所					

左記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。

年 月 日

山口市長 様 住 所 山口市

申請者 氏 名

個人番号

TEL

同 意 書

次のことについて同意します。

- 福祉医療費受給者証交付及び更新要件確認のため、受給者の所得及び19歳未満の扶養親族の扶養状況、山口市重度心身障害者医療費助成要綱別表第1の障がい程度等を調査すること。
- 医療に関する給付が行われた場合、高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。
- 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について市長に委任すること。
- 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金を受けた場合、市の過払い相当額を市へ返還すること。
- 保険者に対して医療に関する給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を市が確認すること。
- 山口市重度心身障害者医療費助成要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証を交付せず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部または一部を支給しない場合があること。

年 月 日

山口市長 様 申請者氏名

被保険者氏名

\*申請者及び被保険者本人が手書きしない場合は、記名・押印してください。

### (変更・訂正のある場合)

加 入 医 療 保 険	記号番号					
	被保険者氏名				続柄	
	被保険者住所					
	保険者番号					
	保険者名称					

\* 太枠内を記入してください。また、左の欄に記載された事項に変更や訂正のある場合は、右の欄にご記入ください。  
 \* この申請書には、健康保険証(組合員証)を添付してください。

表 面

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">福</span> </div>		福祉医療費受給者証							
		特記事項							
記号		番号							
受給者	居住地								
	氏名								
	生年月日	年	月	日					
有効期間		年	月	日から	年	月	日まで		
交付年月日		年	月	日					
一部負担金の 上限額(裏面3)		通院	0円	入院	0円				
発行機関名 及び印		山口県 <b>山口市長</b>							
福祉医療費負担者番号		8	1	3	5	0	0	3	5

※この制度は、山口県と共同で実施しています。

## 裏 面

### 注 意 事 項

1. 保険医療機関等で受診される際は、この受給者証に被保険者証（又は組合員証）を添えて窓口へ提出してください。
2. 人工腎臓（透析治療）、心臓手術、パーキンソン病等の医療には、自立支援医療、特定疾患医療等の医療の給付が優先適用されますので、これらの医療を受診される際は、必ず市長に協議してください。
3. 一部負担金の上限額とは、1か月毎に保険医療機関等が医療費の請求を行う診療報酬明細書毎の保険診療の自己負担分（入院時の食事・生活療養費に係る自己負担分は除く）に対して、受給者が支払わなければならない限度額をいいます。  
ただし、院外処方箋の交付により、保険薬局で薬剤の処方を受ける場合は、一部負担金の支払いは必要ありません。
4. 次の場合には、速やかに市長に届け出てください。
  - (1) 氏名、住所、加入医療保険の内容、障害者手帳の等級に変更があるとき
  - (2) 医療の原因が交通事故等第三者の加害によるものであるとき
  - (3) 受給者証を紛失したとき
  - (4) 医療費の助成がある施設へ入所するとき
  - (5) 生活保護を受けるようになったとき
  - (6) 他の法令等により医療費の助成を受けられるとき
  - (7) 高額療養費、高額介護合算療養費、付加給付金等を保険者から受けたとき
  - (8) 税の申告等により所得や控除、年少扶養親族の変更があったとき
5. 受給者の資格がなくなったとき又はこの受給者証の有効期間が満了したときは、速やかに市長へこの受給者証を返納してください。
  - ◎ この証は、保険医療機関等において、保険診療の自己負担分の全部又は一部を支払わないで受診することができるものですから大切に保持してください。（入院時の食事・生活療養費に係る自己負担分は本人負担となります）
  - ◎ この受給者証は、県外では原則として使用できません。
  - ◎ 以下の場合、医療費の助成が受けられないことや既に助成した医療費を返還していただくことがあります。
    - ・偽り又は不正な行為によりこの受給者証を使用した場合
    - ・市に対する申告や報告が正しくなかった場合
    - ・市長の指示に正当な理由が無く応じなかった場合

# 福祉医療費助成申請書

年 月 日

山口市長様

住 所

申請者 氏 名

※申請者本人が手書きしない場合は、記名・押印してください。

個人番号

受給者証記号番号 -

( 受給者氏名  
生年月日 年 月 日 )

電話番号 - -

福祉医療費の助成を受けたいので、別紙のとおり証明書類を添付して申請いたします。

医療費 払込み 指定 金融機関	銀行 信用金庫 農協 ( )		本店(所) 支店(所) 出張所	口座番号						
				預金種別	普通 ・ 当座					
				フリガナ						
	コード等			氏 名						

年 月分

## 以下 事務処理欄

	領収枚数	1レセプト	負担金
入・外・薬・装具・その他	枚	円 点	円
入・外・薬・装具・その他	枚	円 点	円
入・外・薬・装具・その他	枚	円 点	円
入・外・薬・装具・その他	枚	円 点	円
入・外・薬・装具・その他	枚	円 点	円
入・外・薬・装具・その他	枚	円 点	円
入・外・薬・装具・その他	枚	円 点	円
支給額 合計		円 No. /	円

県外 ・ 県内   
国保 ・ 他保 ・ 後期  
受給資格

入力	確認
----	----

支給月 : 年 月

## 被扶養者確認票

重度心身障害者福祉医療費助成制度は、受給対象者の扶養の人数によって所得制限額が異なります。  
平成22年度税制改正により、\_\_\_\_年中の収入分の税計算から『16歳未満の年少扶養控除額38万円』及び『16歳以上19歳未満に対する扶養控除の上乗せ額25万円』が廃止されたため、19歳未満の扶養親族がおられる場合は所得制限の判定において、税制改正前より不利となる場合があります。  
そのような状況にならないように、税制改正前の扶養人数で所得制限額を判定させていただきますので、19歳未満の扶養親族がおられる場合は、下記の事項について必ずご記入ください。

※ \_\_\_\_年12月31日の現況において、「生計を一にする」0歳から19歳未満の扶養親族について記入上の注意をよくお読みいただき、下欄にご記入ください。

## 記入上の注意

一人のお子さんについて、複数の扶養者(父母等)が同時に扶養することはできません

① \_\_\_\_年1月2日～ \_\_\_\_年12月31日生まれの扶養親族(0歳～15歳)

氏名	続柄	生年月日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

※職員確認欄(年少) \_\_\_\_\_人

② \_\_\_\_年1月2日～ \_\_\_\_年1月1日生まれの扶養親族(16歳～18歳)

氏名	続柄	生年月日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

※職員確認欄(特定) \_\_\_\_\_人

## 同意事項等

- 被扶養者確認票に記載された事項について、市長が申請者及び受給者に内容を確認すること
- 扶養状況の確認ができない場合は、必要に応じて旧住所地の市町村に照会すること
- 受給者の扶養状況の確認のために市長が必要と認めるものを提出すること
- 記載された扶養情報をもとに医療費助成を決定した後、被扶養者確認票に記載された扶養の事実虚偽があり、福祉医療の受給要件を満たさなかった場合、助成の決定を取り消すとともに受給者に対して給付した助成額の全部又は一部を市長へ返還すること

上記について、同意のうえ申請します。

\_\_\_\_年1月1日  
の住所地

山口市長様

申請者氏名

※申請者本人が手書きしない場合は、記名・押印してください。

# 福祉医療費受給者住所・氏名変更届出書

年 月 日

山 口 市 長 様

個人番号 \_\_\_\_\_

届出者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

受 給 者	記号・番号		氏名・生年月日		新氏名
			年 月 日生		
			年 月 日生		
			年 月 日生		
			年 月 日生		
			年 月 日生		
	住 所		前	山口市	
		後	山口市		
変 更 年 月 日		年 月 日			
備 考					

- (注) 1. 受給者証を破り又は汚した場合は、受給者証を添付してください。  
 2. 再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときはすぐ返還してください。

- 手書きで訂正 =にて消除し、押印  
 住所変更 世帯構成員 変更有・無  
 氏名変更理由 (婚姻・離婚・その他 )

# 福祉医療費受給者保険変更届出書

年 月 日			
山 口 市 長 様			
個人番号 _____			
届出者氏名 _____			
電話番号 _____			
受 給 者	記 号 ・ 番 号	ふ り が な 氏 名	生 年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
	住 所	山口市	
変 更 年 月 日		年 月 日	
新しい加入医療保険			
記 号 ・ 番 号			
被 保 険 者 氏 名		続 柄	
被 保 険 者 住 所			
保 険 者 番 号			
保 険 者 名 称			
備 考			

(注)この届書には、保険証を添付してください。

同 意 書	
<p>次のことについて同意します。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 医療に関する給付が行われた場合、高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。</li> <li>2 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について市長に委任すること。</li> <li>3 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金を受けた場合、市の過払い相当額を市へ返還すること。</li> <li>4 保険者に対して医療に関する給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を市が確認すること。</li> </ol>	
年 月 日	
山口市長 様	
被保険者氏名	
※被保険者本人が手書きしない場合は、記名・押印してください。	

# 福祉医療費受給資格喪失届出書

年 月 日

山 口 市 長 様

個人番号 \_\_\_\_\_

届出者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

受 給 者	記号・番号	ふりがな 氏名	生年月日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
住 所		山口市	
喪失年月日		年 月 日	
喪失事由		1. 転 出 (転出先 ) 2. 死 亡 ( 年 月 日死亡) 3. 施 設 入 所 (施設名 ) 4. 生活保護開始 5. そ の 他 ( )	
<b>※事務処理欄</b>			
証回収年月日		年 月 日	
証未回収の場合		<input type="checkbox"/> 無効印( 年 月 日まで有効) <input type="checkbox"/> 返信用封筒	
備 考			

転出者  
 (県内) リーフ、証コピー  
 (県外) リーフ

(注)この届書には、受給者証を添付してください。



福祉医療費 更新申請書・受給者証 送付先変更申出書

年 月 日

山 口 市 長 様

受給者 受給者証 記号-番号 《 - 》	住所	〒 -
	(ふりがな)	
	氏名	※受給者本人が手書きしない場合は、記名・押印してください。
	生年月日	年 月 日
	(日中連絡がつく)電話番号	- -
届出人 続柄 《 》	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ	
	住所	〒 -
	(ふりがな)	
	氏名	※届出人本人が手書きしない場合は、記名・押印してください。
	個人番号	
	(日中連絡がつく)電話番号	- -

更新申請書・受給者証については、下記の所に送付することを依頼します。

送付先住所	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ <input type="checkbox"/> 受給者住所に送付先を戻す	
	〒 -	
送付先 (ふりがな) 氏名	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ <input type="checkbox"/> 受給者と同じ	
	電話番号( ) -	続柄 《 》
希望項目	<input type="checkbox"/> 更新申請書	<input type="checkbox"/> 受給者証
送付期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
理由 *詳しく記入してください。	1、一人世帯の受給者が入院したため 2、その他 ( )	

※山口市の福祉医療費助成制度は、山口市に住んでいることが要件ですので、原則として「一人世帯の受給者が入院した」等の事情がない限り別住所へ申請書等を送付しません。

※郵便物が届かない場合にはこの申出書は無効となります。送付先の変更や停止をご希望の場合は再度お手続きください。

受 付

# 福祉医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

山 口 市 長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

受 給 者	記 号 ・ 番 号	ふ り が な 氏 名	生 年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
理 由			

- (注) 1. 受給者証を破り又は汚した場合は、受給者証を添付してください。  
2. 再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときはすぐ返還してください。

- 再スタンプを押印  
 裏面に受給者証をコピー