

福祉医療費受給者証 交付更新 申請書 (こども用)

受給者	住所	山口市	
	ふりがな氏名		
	生年月日	年	月
加入医療保険	記号番号		
	被保険者氏名		受給者との続柄
	被保険者住所		
	保険者番号		
	保険者名称		
<p>上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">山口市長様</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 山口市</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">※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。</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <p style="text-align: center;">TEL</p>			

N	有効期間	～	交付年月日
	父	母	
氏名			
生年月日			
個人番号			
市外在住の場合は住所を記入			
<h2 style="margin: 0;">同意書</h2> <p style="margin: 0;">次のことについて同意します。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 福祉医療費受給者証交付及び更新要件確認のため、受給者の父母の課税及び19歳未満の扶養親族の扶養状況を調査すること。 2 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。 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。 4 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。 5 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。 6 山口市子ども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、受給者証の交付を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又は一部を支給しない場合があること。 <p style="text-align: center; margin: 10px 0;">年 月 日</p> <p style="margin: 0;">山口市長様</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">申請者氏名</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">被保険者氏名</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">※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。</p>			

(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		受給者との続柄
	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。
 * 社会保険各法に基づく被保険者であることを証する書類等を提示してください。

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 福 </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 福祉医療費受給者証 </div>							
		(こ ど も 用)							
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2)		通院		0円		入院		0円	
発 行 機 関 名 及 び 印		山口県 山 口 市 長							
福祉医療費負担者番号		8	1	3	5	0	0	3	5

裏 面

注 意 事 項

1. 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。
2. 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。
3. 次の場合は、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したとき
 - (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) 保護者が婚姻又は離婚したとき
 - (9) 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
4. 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。

- ◎ この受給者証は、病院・診療所等において、医療保険の自己
負担分の全部又は一部を支払わないで受診できるものですから、
大切に保管してください(ただし、入院時の食費は自己負担があり
ます。)
- ◎ この受給者証は、原則県外では使用できません。
- ◎ 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 レ ド 等 機 関			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

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	
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
			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"> 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。 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。 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。 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。 	
年 月 日	
山口市長 様	
被保険者氏名	
<small>※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。</small>	

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 ()	
※事務処理欄			
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 checked="" type="checkbox"/> 更新申請書	<input checked="" 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