## 新潟市老人医療費助成規則の規定による様式を定める要綱

制定 令和6年11月20日

第1条 新潟市老人医療費助成規則 (昭和58年2月22日規則第10号) の規定による様式は、次の表に掲げるとおりとする。

名称	規定条項	別記様式番号
老人医療費助成受給者証交付申請書	第4条第1項	別記様式第1号
ひとり暮らし老人調査票	第4条第2項	別記様式第1号の2
新潟市老人医療費助成受給者証	第5条第1項	別記様式第2号
老人医療費助成受給者台帳(ひとり暮らし老人)	第5条第2項	別記様式第3号(その1)
老人医療費助成受給者台帳(ねたきり老人)	第5条第2項	別記様式第3号(その2)
老人医療費助成受給者証交付申請却下決定通知書	第5条第3項	別記様式第3号の2
老人医療費助成受給者証再交付申請書	第7条第3項	別記様式第4号
老人医療費助成申請書	第9条第1項	別記様式第5号
老人医療費助成限度額適用認定申請書	第9条の2第1項	別記様式第6号
老人医療費助成限度額適用認定証	第9条の2第3項	別記様式第7号
老人医療費助成受給者変更届	第11条第1項	別記様式第8号

### 附則

この様式は、令和6年12月2日から施行する。

## 別記様式第1号(第4条第1項関係)

決		課長	補佐	係長	担当者	受	付	年	月	月
裁						1	同	年	月	日
250					-	決	裁	年	月	月
500	資格 制定		ど人医療と交付し		受給者証しいか。	否(理	里由)			

## 老人医療費助成受給者証交付申請書

					-	八医旗	、貝切川	XX	加田皿	又门	十,111	=				
本	人	氏	名				性別	男	身・女	生生月	50		9	年	月 (	日 歳)
世春	带 🖹	<b>E</b> 氏	名				本人の続				職業					
住			所													
+m	保	険 種	別	協会	• 船	員・共	済・組	合•	国保							
加入医療	被氏	保険	(者 名				申詞	清者	· との絹	柄	記号号	番				
保険	保	険 者	名							保隆	<b>负者番</b>	:号				
		在														
老人	《人	暮らたとな	: き				年	F	1	日						
1	:記(	のとこ	おり	関係申請	書類	を添え要な世	て 帯及ひ	所征	导の状況	況を	老人医	医療費	予助成	え担当 かんしゅう かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かいかい かい	首課が言	調査す
るこ	. と	を承記	諾し」	受給	者証の	の交付さ	を申請	しま	(す。							
			年	<b>.</b>	月	日申請		Ē Ē	折							
							日	; /	名							
(3	宛先	毛)新活	爲市	長			()	本人	、との紡	語柄						)

- 注)1 申請者は、原則として本人(医療費助成対象者)とします。ただし、ねたきり老人等で本人自身が申請できない場合等真にやむを得ない場合は、この限りではありません。
  - 2 加入医療保険資格情報が分かる書類を持参してください。

現在の	D生活状況などにつ	いて、記入して		し老人調査票					
氏	リ ガ ナ 名 話 番 号 (自宅	;)		日 冷 ) (携帯電話)	年	月	年日生(	歳)	
					≫⇒★₩	箇所に○	なんけ	てノゼ	<b>+</b> 1.
	活の状況について 家族の状況	ア 単身(ひ	とり) イー	一定期間単身			エそ		<u> </u>
(2)	住居の状況	ア 自宅(一重オ 2世帯住宅		H-7-	ウ 市営 )	営住宅	工 借	間	
(3)	親族の氏名・住	ア 有り(下)	記のとおり)	イ 無し					
	所及び交流の状 況について	氏名	年齢	現住所	続柄	左門.	交流状 月・週(		
							月・週( 月・週(		
							月・週(	回)	
		援助を受けら	) ) v etti l			年間・	月・週(	回)	
2 職	ひとり暮らしと なつた時期及び その理由 業・収入について 職業	ア 死別 エ その他( ア 有り イ 無し(無)	自営業等(	・その他) ウ	カ 子どもの ) :	)独立 ) )			
(2)	主な収入			勤労収入 ウ 円)	仕送り(相手	≘ )	エその	つ他(	]
3 健 (1)	康状態について 現在の健康状態	ア健康	イ 病気がち	ウ 寝たきり	) (	年	月から	5)	
(2) (3)		ア 普通にで ア 有り(身( イ 無し	きる イ イ 本障害者手帳	やや不自由 ウ級 号)	ラ 要介護 (その他			)	
4 緊	急時の連絡先	氏名	住所	ŕ	電話番号	1.	本人と	: の関係	4

					新潟市	老人医療	<b>賽</b> 動局	艾受給者証		
受	給	者	番	号			公費	負担者番号	i q	60154002
受处		住		所						
受給者		氏		名						
		生生	下 月	日					性別	
—- ₹	邻貨	担金	きの售	自合		割				
保	険	者	番	号						
有	7	功	期	間		年	月	日から		
相	7	9)	刑	[F]		年	月	日まで		
交	付	年	月	日						
発及	行	機び	関	名印	新潟市長			印		
<b>*</b>					有効期間内におい 読んでください。		更とな	る場合があり	ます。	

#### 注意事項

- 1 この証は、医療機関等に受診した際、市から保険の自己負担分の一部を助成してもらうための証ですから大切に保存してください。
- 2 医療機関等において診療を受けるときは、この証を必ず窓口に提示してください。
- 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、住所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 この証は、県外の医療機関等では使えません。県外の医療機関等で受診したときは、 当該医療機関等の領収書を添付して市に手続してください。
- 7 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。
- 8 有効期間を経過したときは、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。
- 9 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。

# 別記様式第3号(その1)(第5条第2項関係)

(表

受	給者番号							老人	医療費助成受(ひとり暮らし老人)	
	、りがな) 給者氏名				男・女	4	F	月 日生 所		( · · 変更)
	被保険者	4 名		結		受給資発生年月		受給者証交付 (更新)年月日	受給資格 受給者消滅年月日 返還年	
	(又は組合員			続柄						
bп			(・・変更)		(・変更)					
	住	所								
入				( •	· 変更					
矢			記							
	保 険 種	别	協・組船・共・国 器 号		(··変更	- - - 	時		F F	
寮						一幕 なっとた	理	死 別 B由 別 居(理由 その他(		)
呆	保 険 者	名	(保険者番号 )				自	宅		
			(保険者番号 )(・・・	変更	)	電話番号		帯電話		
険	所 在	地				緊急時の	(P	氏名)	(電話番号)	
	<i>D</i>   1±	地				連絡先	(任	主所)	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	(続柄)
				( •	<ul> <li>変更</li> </ul>	(備考)				

(裏)

住居	自 家・アパート・信	当 間	自 家・借 アパート・借	間	扶	氏	名	年齢	本人との 続柄	現	住 所		同居 別居 の別	交i 状i
の状況	その他(	)	その他(	)	扶養義務者等のは								同・別	
	dentil		( · · 変	更)	· 務								同・別	
身 体 障 が	有 身体區	<b>宣害者手帳等級</b>	新位 有 身体障害	F者手帳等級	等の同								同・別	
障	1 4 **	及 号	✓ 級	号	状况者								同・別	
V.	障害(	福祉)年金	障害(福級	祉)年金	を								同・別	
の有無	無	×	無	変更)	を含む)	援助を引	受けられな!	い理由						
			年 度		4	F 度			年 度		年 度		在	F B
酰	業			無・会社員( 自営業・アル その他(		)	無・会社 白営業・ その他(	アルバイ		無・会社員(常勤・ 白営業・アルバイ その他(			員(常勤・パー アルバイト	
E な	な収入	無・給与・財産 仕送り・その他 (		無・給与・財仕送り・その	)他(	・年金・ ) 円 )	無・給与仕送り・・		恩給・年金・ ) 円 )	無・給与・財産・ 仕送り・その他(	恩給・年金・ ) 円 )	無・給与仕送り・・		・年3 ) 引 )
听	得 額		円			円			Щ		円			
建康	の状況	健康・病気がち ねたきり( 4		健康・病気が ねたきり(		引から)	健康・病		月から)	健康・病気がち ねたきり( 年	月から)	健康・病気		から
日常生	生活の状況	普通にできる・ 要介助(介護人)		普通にできる 要介助(介護					や不自由・ ( 有・無)	普通にできる・や 要介助(介護人派遣			きる・やや不 護人派遣 有	
	节 区 分	単 身・一定期 準単身・その他		単 身・一気 準単身・その		· • )	単 身・ 準単身・		単身・ )	単 身・一定期間 準単身・その他(	単身・ )	単 身・ 準単身・	一定期間単身 その他(	•
判 (審 <b>2</b>	定 査 者 印)	適・否	ED	適・否	印		適・否		印	適・否	印	適・否	印	
	考 [ 時の条件 な措置等)													

# 別記様式第3号(その2)(第5条第2項関係)

(表

受;	給者番号						老人医	療 費 助 成 (ねたきり)	; 受給者 老人)	台 帳
	りがな) 給者氏名			男・女	生年月日		年 月 日生			<ul><li>(・・変更)</li><li>(・・変更)</li></ul>
bп	被保険 (又は組合)		(・・変更) 続柄	(	·変更)	受給資格発生年月日	受給者証交付 (更新)年月日 ・・・・	受給資格消滅年月日	受給者証 返還年月日	受 給 者 加 再交付年月日 · ·
۸	住	所			変更)					
医療	保 険 種	別	協・組船・共・国 記号番号		変更)	ねたきりに なつた原因	犬態に な つ た 時	神経痛・高血圧	症・心臓疾患・	性認知症・
保	保 険 者	名	(保険者番号 ) (保険者番号 )(・・変)	ξ)		手 身体障がい の 状 況	有(級号)・ 視覚・聴覚・平衡機 音声言語機能・呼吸	<b>美能</b> •		(・・変更
険	所 在	地	(PNP)CI II (7)		変更)	身体障害 無 し お こと。	心臓機能・肢体不自	由		<ul><li>(・・変更</li></ul>

(裏)

			項		E						*	9							態					年	度	年度	年度	年度	年
;	1	日	常	のっ	あし	, 5	ž -	2 (	D て	きない	7			2	どうに	か				Œ	常		A O						
	2	言					Î	語 (	D 不	明瞭				2 .	やや不	明瞭			3	明	膫		状ご診						
	3	古		い	3	2	1	意 (	D 全	くない	Υ			2	どうに	か思い	バだす		3	Œ	常		状 ること)						
	4	日	t/z	の -	でき	\$ 3		٤ (	D片	端しか	ら忘れ	いてい	<	2	どうに	か覚え	とてい	る	3	Œ	常		- 号	· I					
	5	氏	名・	生 年	月日		住方	折 (	D 全	く不明	]			2	どうに	かわカ	いる		3	Œ.	常		を 記						
	6	感							D 19	う然と	:してい	いる		(Ž)	感情不	安定			③ :	Œ.	常		<sub>ив</sub> Д						
	7	るう					- Andrew	進 (	DH	々大低	更を手で	ごにぎ	る	2	正常								態す						
	区分	135	В	具	体		護区			他	人の	介:	護 を	要す	る			自	分	0	) j	]	で			認		定	
1	分		Н	的	14項	点		数			1			2					3				4		度	年度	年度	年度	4
	状			1		きて			C	き	な	W	介	助		で	ど	う		に		楽	12						
:	11	起きる	ること	2	寝		反	ŋ	で	き	な	ĻΛ	介	助		で	2	カュ	ま	2		楽	Į2						
	-	1.0	- de	3	歩	<	- 3	ځ	70	ŧ	な	67	介	助		7,	2	う		に		楽	10						
٠	-	が	床	4		団 (			終		76	日	ほと				半	-	H			Œ	常						
	態	関節の	の拘縮	5	肘		期	節	完	全	強	直	不	+		分	や	4	不	+		E.	神		_				
-	-			6	膝		期 、	節	完	全	強	直	不	+		分	\$	\$	不	+		Œ	労		-				
		洗	面	8		を洗をみ;			でで	きき	なな	- V	介介	助助		でで	الخ الخ	うう		に		楽楽	13		-				
,	動			9	食	をみり	※	_ <u></u> 勢	寝	た	ま	ま		の中			布	団	の	外		架 正	(年		-				
		食	*	10		碗:			夜で	き	な	よい	介	切り		さて	4円 ど	回う		に		で	* * Z		-				
:		J.C.	-3*	11		事 :			70	き	な	V.		は不能			は	しは				楽	- K	_	-				
١ `	-	入	浴	12	入	apr :	<u>e</u> 9	浴	で	き	な	V.	介	よ小服.		って	E.	レ 134 う		に		楽	12		$\rightarrow$				
	7F  -		TH	12								_			-										$\dashv$				
		排	便	13	用			便	おさ	つの	中で	する	便器	を入れ	にても	らう	便器	を1人	で出し	入れ	する	便所	に行ける						
_																						認	定総点数	:					
ř						F度				年				年度				年度					年度						
	主な		無・家						· 財				・財産			家事					・財産					所名	- 鼻基準の通	否	
)	入	浦	恩給・	年金・	仕送	り		合・年	金•	土送り			金・仁	上送り		・年	金・仕	送り			金・仕	:送り			_		7		
			他(		)		他(			)	他	(		)	他(			)	他	(		)		適・	否	適・否	適・否	適・否	適 ·
	所得	-				円					ц			円				円				_	P.		$\dashv$				
第 の の	e La	考																				認	定	適・	否	適・否	適・否	適・否	適
	を上の 事 項																					(3	存査者印)	印		印	印	印	E

	第		号
	年	月	日
様			
新潟市長			印
老人医療費助成受給者証交付申請却下決定通知	中聿		
名 八	山音		
年 月 日付けで申請のあつた老人医療費助成受給	合者証の	りな付い	ついて
新潟市老人医療費助成規則に基づき審査した結果、下記の理由によ	り却下	したの	で通知し
ます。			
(attra 15)			
(理由)			
問い、入はつに任			
問い合わせ先	i		

備考 行政不服審査法及び行政事件訴訟法に基づく教示を記載すること。

	老人	医療費助成受	給者証再交付申請書			
受 給 者 番 号		受給者氏名				
番号		生年月日		年	月	目
住 所	9					
再交付申ま の 理 由						

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所 申請者 氏 名

(宛先)新潟市長

- (注) 1 再交付申請の理由は具体的に詳しく記載してください。
  - 2 破損し、又は汚損した場合は、当該受給者証を添えて提出してください。
  - 3 紛失した受給者証を発見したときは、速やかに返送してください。
  - 4 加入医療保険資格情報が分かる書類を持参してください。

(表)

				老人医	療費助	力成申請書	Ė				年	月	B
(宛先)新潟市	5長					住所					+	Л	
				ŀ	申請者								
						氏名							
						電話番	: 号						
※下記のとお	iり <u>金</u>		円0	の医療費	の助用	成を申請し		F.,					
受 給 者	番 号				保	険 者	名						
受 給 者	氏 名	9			記力	号・番	号						
受 療 者	氏 名				被係	<b>保険者氏</b>	名			it.		10	
振込指定	- 大城 - 門	銀行名				口座番	무			フ	リガナ		
1次 亿 1日 亿	. 17文 [天]	支店名				口圧雷	7			氏	名		
※ 他法1	負担額			一部負	担額			決	定	額			
		ないでくた		<b>↔</b> 177 )	- 2 25	» \- \		•					
2 助成申記	前領昇疋	方法等は、	表面を	参照し	( \ /:	- G V '°							
250, 802 - 27 22	1 100 00 100000 10 100 1000	方法等は、    当額申請月	20 200	4.5	年	. ev.。 			<b>※</b> 1		領療養費		
250, 802 - 27 22	療養費相	- 800, 86	用(診療年	<b>平月</b>	年	#55 			凤	えを受	額療養費 受ける場		
高額	療養費相	当額申請月  1か月の一	用(診療年	<b>平月</b>	年額	#55 			成 て ※2	えを受 てくた 一音	受ける場 ごさい。 部負担金	場合に 金の支	記入し 払額を
250, 802 - 27 22	療養費相	当額申請月	用(診療年	<b>平月</b>	年	#55 			成 て ※2 記	えを受 こくた 一音 E明で	受ける場 ごさい。 部負担金 できる領	易合に 金の支 頃収書	記入し 払額を
高額	療養費相	当額申請月  1か月の一	用(診療年	<b>平月</b>	年額	#55 			成 て ※2 記	えを受 こくた 一音 E明で	受ける場 ごさい。 部負担金	易合に 金の支 頃収書	記入し 払額を
高額	療養費相	当額申請月  1か月の一	用(診療生部負担金	平月 全の支払	年額	月)	年		成 て ※2 記	えを受 こくた 一音 E明で	受ける場 ごさい。 部負担金 できる領	易合に 金の支 頃収書	記入し 払額を
高額	療養費相	1当額申請月 1か月の一 入院 領	用(診療生部負担金	平月 全の支払	年額 合計 療年月	月)	年	領	成 て ※2 記 た	えを受 こくた 一音 E明で	受ける場ださい。 部負担金できる領できる領でくださ	易合に 金の支 頃収書	記入し 払額を
高額 外来 療養の種 入院・外来・	療養費相種類 調剤・	1当額申請月 1か月の一 入院 領	用(診療 <sup>4</sup> 部負担金 収	平月 全の支払	年額 合計 療年月	月)	年	質円	成 て ※2 記 た	えを で で で に 明 で け して	受ける場ださい。 部負担金できる領できる領でくださ	易合に 金の支 質収書 い。	記入し 払額を
条養の種	療養費相種類 調剤・	1当額申請月 1か月の一 入院 領	明(診療年 部負担金 収 総点数	手月 ②の支払 書 (診)	年額 合計 療年月	月)	年負担額	円	成 て ※2 記 た	文を受た。 でで、一明して が	受ける場ださい。 部負担金できる領できる領でくださ	景合にをの支担い。	記入し 払額を 等を添
高額 外来 療養の種 入院・外来・ 訪問看護・療 他 法 負	療養費相 類 調養費 提	当額申請月 1か月の一 入院 領 障害者の 的に支援・	用(診療4 部負担金 収 終点数 日常をお	手月 会の支払 書 (診) 点 び社律	年 額 合計 療年月 領 会生	月) 関 収済自己か	年負担額	円	成 で ※2 前 人 月)	さを さを たこ EBH が	受ける場 ごさい。 部負担金 でくださ #	景合にをの支担い。	記入し 払額を 等を添 負担額
高額:     外来     療養の種     入院・外来・     訪問看護・療	療養費相 種類 課養費	当額申請月 1か月の一 入院 領	用(診療4 昭負担分 収 終点数 日するため 治療研究	手月 全の支払 書 (診) 点 び法律・ での法律・	年 額 合計 療年月 領 会生	月) 関 収済自己か	年負担額	円	成 で ※2 前 人 月)	文を受た。 でで、一明して が	受ける場 ごさい。 部負担金 でくださ #	景合にをの支担い。	記入し 払額を 等を添
高額 外来 療養の種 入院・外来・ 訪問看護・療 他 法 負	療養費相 調養 担無	当額申請月 1か月の一 入院 領 障害す支援 特定疾患 児童福祉	用(診療4 昭負担分 収 終点数 日するため 治療研究	手月 全の支払 書 (診) 点 び法律・ での法律・	年 額 合計 療年月 領 会生	月) 関 収済自己か	年負担額	円	成 で ※2 前 人 月)	さを さを たこ EBH が	受ける場 ごさい。 部負担金 でくださ #	景合にをの支担い。	記入し 払額を 等を添 負担額
高額:	療養費相 類 調養費 担無 より領収	当額申請月 1か月の一 入院 領 障害す支援 特定疾患 児童福祉	用(診療4 昭負担分 収 終点数 日するため 治療研究	手月 全の支払 書 (診) 点 び法律・ での法律・	年 額 合計 療年月 領 会生	月) 関 収済自己か	年負担額	円	成 で ※2 前 人 月)	さを さを たこ EBH が	受ける場 ごさい。 部負担金 でくださ #	景合にをの支担い。	記入し 払額を 等を添 負担額
高額:	療養費相 類 調養費 担無 より領収	当額申請月 1か月の一 入院 領 障害す支疾温 特定疾温 に しました。	用(診療4 昭負担分 収 終点数 日するため 治療研究	手月 全の支払 書 (診) 点 び法律・ での法律・	年 額 合計 療年月 領 会生	月) 関 収済自己か	年負担額	門	成 で ※2 前 人 月)	さを さを たこ EBH が	受ける場 ごさい。 部負担金 でくださ #	景合にをの支担い。	記入し 払額を 等を添 負担額
高額:	療養費相 類 調養費 担無 より領収	当額申請月 1か月の一 入院 領 障害す支疾温 特定疾温 に しました。	用(診療4 昭負担分 収 終点数 日するため 治療研究	手月 全の支払 書 (診) 点 び法律・ での法律・	年 額 合計 療年月 領 会生	月) 関 収済自己か	年	円 所名	がて   ※2   証	さを さを たこ EBH が	受ける場 ごさい。 部負担金 でくださ #	景合にをの支担い。	記入し 払額を 等を添 負担額

### 注意事項

#### 1 助成申請書の計算方法

対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額及び次の一部負担金を控除した額が申請額となります。

### 一部負担金 医療費の2割(経過措置対象者は1割)

入院及び外来に係る医療又は在宅時医学総合管理若しくは在宅末期医療総合診療を受けている場合で、同一の医療機関での1か月の負担額が次の表の額に達したときは、その月の負担は次の表の額までとなり、その後の窓口での支払は不要です。

	外来	入院	在宅時医学総合管理又は在 宅末期医療総合診療
①一般の方	円	円	Н
②市町村民税非課税の世帯に属 する方(③以外の方)	ш	円	П
③②のうち、所得が一定の基準 に満たない方	円	円	H H

なお、一部負担金については、有効期間内においても変更となる場合があります。

### (高額療養費相当額の助成申請について)

一部負担金については、次の表の額を超えた額が、申請により市から払い戻されます。

	受給者が1か月に支払つた 外来の一部負担金	受給者が1か月に支払つた 一部負担金の合計額
①一般の方	円	円
②市町村民税非課税の世帯に属する方(③以外の方)	Н	П
③②のうち、所得が一定の基準 に満たない方	H	円

2 不明な点は、市の担当窓口におたずねください。

決	課	長	補	佐	係	長	担当者	受	付	年	月	日
								ſ	司	年	月	日
裁								決	裁	年	月	日
適区の半	用分割定	適	区分	I	•	区分	П	否(玛	里由)			

	·		老人医療費助	成队	度額.	適用認定	申請書			
受	給者番号	Ļ								
受	氏 名	i			性別	男・女	生年月日	年	月 (	日 歳)
受給者	住	ŕ							1794	IS Convenience to
加入	記号・番号	17								
医療	保険者名	1								
保険	所 在 地	1								
-	上記のとおり	) [関係申請	書類を添えてに必要な世帯	・及び	`所得	の状況を	老人医療	費助成担	旦当課:	が調査
す	ることを承討	諾し	<b></b>	戈の囚	艮度額	適用を申	請します。	2		
	年	三月	日							
			申請者	住	所					
			中明石	氏	名					
4	(宛先) 新潟市	長								

- 注1 申請は、原則として本人(医療費助成対象者)がしてください。ただし、ねたきり老人等で本人自身が申請できない場合等、真にやむを得ない場合は、この限りでありません。
  - 2 受給者証及び加入医療保険資格情報が分かる書類を持参してください。

			老人医療費	貴助成限度額	額適用	認定証	Ē	第	号
公費負番	担者号	6 0 1	5 4 0 0	2 受番	給	者号			
市 町	村名	新潟市		保番	険	者号			
受	氏	名		•		·			男・女
給	住	所							
者	生年	月日			年		月	日	
有	効	期間			年		月		から
適	用「	区 分	区 分		年		<u>月</u>	日で	t °C
		は、上記の : を証明す		おり老人医療	療費助	成の関	艮度額の	適用を行	テつている
					新潟	市長			印

#### 注 意 事 項

- 1 入院及び外来に係る医療又は厚生労働大臣が定める在宅時医学総合管理若しくは在宅 末期医療総合診療を受ける場合に窓口で支払う老人医療費助成の一部負担金の額は、保 険医療機関ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とすることになりますが、この 証を提示することによつて、その限度額が減額されます。
- 2 保険医療機関に入院するとき、保険医療機関で外来診療を受けるとき又は在宅時医学 総合管理若しくは在宅末期医療総合診療を受けるときには、受給者証とともに必ずこの 証を提示してください。
- 3 老人医療費助成受給者でなくなつたとき又は有効期間を経過したときは、速やかにこの証を市に返してください。
- 4 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。
- 5 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。
- 6 表面の記載事項に変更があつた場合には、速やかにこの証を市へ提出して訂正を受けてください。

亚 伙 赵 亚	口亚	. √∧ ±⁄.	П. А							
受給者番	方 文	給者	氏名							
	生	年	月日				4	丰	月	E
生 所										
届出事1氏名の変更	項		変更・ 月	転出	・死亡年 日			年	月	日
<ol> <li>2 住所の変更</li> <li>3 医療保険の利 記載事項の変更</li> </ol>		くは			届	出	理	由		
<ul><li>4 転出の届出</li><li>5 死亡の届出</li><li>6 その他</li></ul>										
		変	Ī	更	事		項			
	旧						新			
上記のとおり	変更し	たの	で届け	ます。						
年	月	日								
		届出者	住	所						
		/ш н	氏	名						
						(受約	給者との	の続柄		)

- 1 届出事項の該当する番号を○で囲んでください。
- 2 届出の理由は詳しく記載してください。
- 3 変更前の受給者証を添えてください。