

聖籠町訓令第1号

聖籠町老人医療事務取扱細則の一部を改正する訓令を次のように定める。

令和元年11月13日

聖籠町長 西脇 道夫

聖籠町老人医療事務取扱細則の一部を改正する訓令

聖籠町老人医療事務取扱細則（昭和58年聖籠町訓令第2号）の一部を次のように改正する。

様式第1号から様式第5号の2を次のように改める。

様式第1号

老人保健法による医療受給者台帳

(ふりがな) 受給者氏名				男 ・ 女	生年月日 年月日生	被保険者、組 合員又は世帯 主との続柄	(. . . 変更)
居 住 地	(. . . 変更)			変更) (. . . 変更)			
医 療 保 険	被保険者、組 合員又は世帯 主の氏名	(. . . 変更)			保 険 者 の 名 称	(保険者番号)	
	被保険者、組 合員又は世帯 主の住所	(. . . 変更)				(保険者番号) (. . . 変更)	
保 険 種 別	国(市町村、組)、健(政、日、組)、船、共	被保険 者証又は 組合員証の 記号番号	(. . . 変更)		保 険 者 の 所 在 地	(. . . 変更)	
	国(市町村、組)、健(政、日、組)、船、共		(. . . 変更)			(. . . 変更)	
障 害 の 認 定	認 定 年 月 日	障害の程度(施行令別表該当号)	障害認定の基礎となった書類		有期認定の終期		
健 康 手 帳 及 び 健 康 手 帳 の 医 療 受 給 者 証	交付(再交付・更新) 年月日	受給者番号	有効期日	再交付の事由	資格喪失年月日	資格喪失の事由	受給者証の回収等 の年月日

一 部 負 担 金 の 減 ・ 免 関 係	区分・内容等	交付・再交付年月日	期 間		備 考		
			自 . . . ~ 至 . . .				
			自 . . . ~ 至 . . .				
			自 . . . ~ 至 . . .				

(この用紙は、日本産業規格A4判を標準とする。)

様式第2号

健康手帳・医療受給者証交付簿

交付年月日	受給者番号	氏名	居住地	回収等の年月日	備考

(この用紙は、日本産業規格A列4番を標準とする。)

様式第3号

老人医療の特定疾病受療証、限度額適用・標準負担額減額認定証及び一部負担金減免証明書交付簿

交付年月日	減・免等内容	交付番号	受給者番号	氏名	居住地	期間	長期入院 該当年月日	備考
						自 . . . 至 . . .		

(この用紙は、日本産業規格A列4番を標準とする。)

様式第4号

損害賠償金、不正利得徴収金等記録票				受給者番号	氏名			第三者の状況 (氏名・住所等)	摘要
徴収等の事由	事由発生 年月日	徴収金等 請求 対象期間	医療給付状況		徴収金請求等の状況				
			受診年月等	給付額	徴収金等請求	徴収等	徴収等		
		自	年月 診療分	円	年月日	年月日			
		至	現物・現金 (徴収金等請求 対象額)	円	円	円			

(この用紙は、日本産業規格A列4番を標準とする。)

様式第5号

老人保健法による認定証明書交付簿

交付年月日	交付区分	交付番号	受給者番号	氏名	生年月日	転出先市(区)町村名	備考

(この用紙は、日本産業規格A列4番を標準とする。)

様式第5号の2

第 号								
老人医療の特定疾病認定申請書								
受 給 者	受給者番号							
	氏 名							
	生年月日	年 月 日					男・女	
	居 住 地							
	被保険者番号							
疾 病 の 名 称								
保険者の名称及び所在地								
<p style="text-align: center;">上記のとおり関係書類を添えて老人医療特定疾病受療証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">住 所 申請者(居住地) 氏 名</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">聖籠町長 殿</p>								

(この用紙は、日本産業規格A列4番を標準とする。)

様式第5号の5を次のように改める。

様式第5号の5

負担区分等証明書交付簿

交付年月日	交付番号	受給者番号	氏名	生年月日	転出先市(区)町村名	備考

(この用紙は、日本産業規格A列4番を標準とする。)

様式第6号から様式第12号の3を次のように改める。

様式第6号

老人医療の一部負担金減免申請書	
受給者番号	
受給者	氏名
	生年月日
	居住地
傷病名	
発病又は負傷年月日	
減額、免除の別	減額 免除
申請の理由	
<p>上記のとおり関係書類を添えて老人医療の一部負担金の（減額 免除）を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者（居住地） 氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p> <p>聖籠町長 殿</p>	

(この用紙は、日本産業規格A列4番を標準とする。)

様式第7号

第 号	
老人医療の一部負担金減免証明書	
受 給 者 番 号	
受 給 者	氏 名
	生 年 月 日
	居 住 地
減 額、免 除 の 別	減額(円)、 免除
有 効 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日
<p>上記のとおり老人医療の一部負担金を（減額 免除）しているものであることを証明する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">聖籠町長 印</p>	

(この用紙は、日本産業規格A列4番を標準とする。)

様式第8号

老人保健法 { 第25条第1項第2号の障害認定申請書
による医療の受給資格取得(変更・喪失)届書

	新 規(変更・喪失)	変 更 前	事 由
① (ふりがな) 氏 名 男 . 女		1 新規 <input type="checkbox"/> 70歳に到達 <input type="checkbox"/> 他の市(区)町村 からの転入 <input type="checkbox"/> 医療保険加入者 資格の取得 <input type="checkbox"/> 法第25条第1項 第2号の認定申 請 <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年 月日 (. .)
② 生年月日	年 月 日生		
③ 居 住 地 (施設名及 び施設所在 地)			
④ 医療保険の 加入状況	(被保険者、組合員又は世帯 主の氏名)		2 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 同一市(区)町村 内の転居 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状 況の変更 <input type="checkbox"/> 法第25条第7項 適用 <input type="checkbox"/> 継続居住地変更 <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年 月日 (. .)
	(被保険者、組合員又は世帯 主の住所)		
	(被保険者証又は組合員証の 記号番号)		
	(被保険者、組合員又は世帯 主との続柄)		
	(保険者の名称) (保険者番号) (保険者の所在地)		
⑤ 障害の状況	次の書類のとおり。 <input type="checkbox"/> 国民年金証書 () <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () <input type="checkbox"/> 診 断 書 <input type="checkbox"/> 転入前の市(区)町村 長の障害認定証明書 <input type="checkbox"/> そ の 他 ()		3 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他の市(区)町村 への転出 <input type="checkbox"/> 医療保険加入者 資格の喪失 <input type="checkbox"/> 法第25条第1項 第2号非該当 <input type="checkbox"/> 法第25条第7項 不適用 <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年 月日 (. .)
上記のとおり関係書類を添えて(申請)届出いたします。 年 月 日 住所 (居住地) 氏 名 (印) 聖籠町長 殿			

(この用紙は、日本産業規格A列4番を標準とする。)

(裏面又は別紙)

記入上の注意事項

この用紙は、老人保健法による医療に関する申請又は届出をするときに、次により使用して下さい。

1 標題の不要の字句の抹消について

標題は次により不要の字句を抹消して下さい。

(1) 障害の認定を申請する場合

標題の「による医療の受給資格取得(変更・喪失)届書」の字句を抹消して下さい。

(2) 医療受給資格の取得、変更又は喪失について届出する場合

ア 標題の「第25条第1項第2号の障害認定申請書」の字句を抹消して下さい。

イ 届出の内容に応じ、標題の「取得(変更・喪失)」の字句のうち、不要の字句を抹消して下さい。

2 「新規(変更・喪失)」欄の記入について

表頭の「新規(変更・喪失)」欄は次により記入して下さい。

(1) 障害の認定を申請する場合

①から⑤までの欄に所要事項を記入して下さい。

(2) 医療受給資格の取得、変更又は喪失について届出する場合

届出の内容に応じ、①から⑤までの欄のうちの該当欄に所要事項を記入して下さい。

3 「変更前」欄の記入について

表頭の「変更前」欄は、医療受給資格の変更又は喪失について届出する場合に、届出の内容に応じ、①から⑤までの欄のうちの該当欄に、変更又は喪失前の状況を記入して下さい。

4 「事由」欄の記入について

申請又は届出をする場合の事由に該当する字句の頭にある□の中にレ印を記入し、「上記の事由発生年月日(・・・)」の()の中にその発生年月日を記入して下さい。

なお、「事由」欄に該当する字句がない場合は、「その他()」の頭にある□の中にレ印を記入し、()の中にその事由を記入して下さい。

5 ⑤欄の記入について

障害の認定を申請する場合に、障害の状態にあることを証明することができる資料として添付する書類の該当する字句の頭にある□の中にレ印を記入し、その字句の次にある()の中に証書又は手帳の記号、番号を記入して下さい。

なお、該当する字句がない場合は、「その他()」の頭にある□の中にレ印を記入し、()の中にその名称、記号、番号等を記入して下さい。

6 必要な書類について

申請又は届出をする場合には、次の書類を用意して下さい。

(1) 障害の認定を申請する場合

ア 国民年金証書、身体障害者手帳、診断書、転入前の市(区)町村で障害の認定を受けていた場合にはその証明書等障害の状態にあることが証明できる書類

イ 被保険者証(又は組合員証)等医療保険の加入者であることを明らかにすることができる書類

ウ 医療受給者証のない健康手帳の交付を受けているときはその手帳

(2) 医療受給資格取得(転入の場合を含む)の届出をする場合

(1)のイ及びウに同じ。

(3) 医療受給資格の変更又は喪失の届出をする場合

健康手帳・医療受給者証及び届出の内容を明らかにすることができる書類

様式第9号

第 号
年 月 日

殿

聖籠町長

印

老人保健法による医療受給者証等（交付）
再交付）通知書

年 月 日付けの（申請）
届出）に基づき、

（健康手帳・医療受給者証
老人保健特定疾病療養受療証
限度額適用・標準負担額減額認定証）を別添のとおり（交付）
再交付）します。

（この用紙は、日本産業規格A列4番を標準とする。）

第 号
年 月 日

様

聖籠町長



老人保健法による認定申請却下通知書

年 月 日付けで申請のあった

老人保健法第25条第1項第2号の障害認定
老人保健法施行令第14条第5項の特定疾病認定
老人保健法施行令第16条第1項第1号ハの限度額適用・標準
負担額減額認定
老人保健法施行令第16条第1項第1号ニの限度額適用・標準
負担額減額認定
老人保健法施行令第4条第3項の基準収入額の適用

申請については、次の理

由により却下いたしましたので通知します。

この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、新潟県知事に審査請求することができます。

この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内(処分についての審査請求を行った場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日から6箇月以内)に、聖籠町を被告(訴訟においては町長が被告の代表者となります。)としてこの処分についての取消しの訴えを提起することができます。

(理由)

(この用紙は、日本産業規格A列4番を標準とする。)

様式第11号

老人保健法による認定証明書交付申請書

年 月 日 都(道府県) 市(区町村)に転出するので

(老人保健法第25条第1項第2号の障害認定証明書)
(老人保健法施行令第14条第5項の特定疾病認定証明書)の交付を申請します。

年 月 日

申請者 旧住所
新住所
氏 名

聖籠町長 殿

(この用紙は、日本産業規格A列4番を標準とする。)

様式第12号

老人保健法による認定証明書			
氏名		年 月 日生	男・女
居住地	新		変 更 年 月 日
	旧		年 月 日
認定の状況	認 定 年 月 日		
	認 定 の 内 容		
	認定の基礎となった書類		
<p>上記のとおり（老人保健法第25条第1項第2号の障害認定） （老人保健法施行令第14条第5項の特定疾病認定）を行ったことを証明する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">聖籠町長 印</p>			

(この用紙は、日本産業規格A列4番を標準とする。)

様式第12号の2

老人保健法による負担区分等証明書交付申請書

年 月 日 都(道府県) 市(区町村)に転出するので本人及び同一世帯
に転出する以下の者に係る老人保健法による負担区分等証明書の交付を申請します。

氏 名 _____

氏 名 _____

氏 名 _____

氏 名 _____

氏 名 _____

年 月 日

旧住所
申請者 新住所
氏 名 印

聖籠町長 殿

(この用紙は、日本産業規格A列4番を標準とする。)

様式第12号の3

老人保健法による負担区分等証明書							
1	氏 名					年 月 日生	
	該当する 負担区分	一定以上負担区分		減 額 区 分			
		基準額以上	基準額未満	非課税	老福	基準額以下	
2	氏 名					年 月 日生	
	該当する 負担区分	一定以上負担区分		減 額 区 分			
		基準額以上	基準額未満	非課税	老福	基準額以下	
3	氏 名					年 月 日生	
	該当する 負担区分	一定以上負担区分		減 額 区 分			
		基準額以上	基準額未満	非課税	老福	基準額以下	
4	氏 名					年 月 日生	
	該当する 負担区分	一定以上負担区分		減 額 区 分			
		基準額以上	基準額未満	非課税	老福	基準額以下	
5	氏 名					年 月 日生	
	該当する 負担区分	一定以上負担区分		減 額 区 分			
		基準額以上	基準額未満	非課税	老福	基準額以下	
上記のとおり老人保健法による負担区分等の判定を行ったことを証明する。 年 月 日 聖籠町長 印							

(この用紙は、日本産業規格A列4番を標準とする。)

様式第13号及び様式第14号を次のように改める。

様式第13号(第16条関係)

	第	号
	年	月
		日
様		
	聖籠町長	印
老人保健法による	(医療費 移送費 標準負担額差額 高額医療費)	支給決定通知書
年	月	日
付	け	で
申	請	の
あ	つ	た
老人保健法による	(医療費 移送費 標準負担額差額 高額医療費)	の支給については、次のとおり決定いたしました
		ので通知します。
		この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して
		3箇月以内に、新潟県知事に審査請求することができます。
		この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して
		6箇月以内(処分についての審査請求を行った場合は、当該審査請求に対する裁決があった
		ことを知った日から6箇月以内)に、聖籠町を被告(訴訟においては町長が被告の代表者と
		なります。)としてこの処分についての取消しの訴えを提起することができます。
	記	
	支給決定額	円
(支払年月日	年 月 日)
(支払場所	

(この用紙は、日本産業規格A列4番を標準とする。)

		第	号
		年	日
		月	
様			
		聖籠町長	印
老人保健法による	(医療費 移送費 標準負担額差額 高額医療費)	支給申請却下通知書	
年 月 日付けで申請のあった			
老人保健法による	(医療費 移送費 標準負担額差額 高額医療費)	支給申請については、次の理由により却下いたし	
ましたので通知します。			
この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、新潟県知事に審査請求することができます。			
この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内(処分についての審査請求を行った場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日から6箇月以内)に、聖籠町を被告(訴訟においては町長が被告の代表者となります。)としてこの処分についての取消しの訴えを提起することができます。			
(理由)			

(この用紙は、日本産業規格A列4番を標準とする。)

附 則

(施行期日)

- 1 この訓令は、公示の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この訓令の施行の際現に使用しているこの訓令による改正前の聖籠町老人医療事務取扱細則様式第1号から様式第5号の2、様式第5号から様式第12号の3、様式第13号及び様式第14号は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。