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) |
| 　 | (　　・　　・　　変更) |
| 居住地 | 　 | (　　　変更) | (　　　・　　　・　　　変更)　 |
| 医療保険 | 被保険者、組合員又は世帯主の氏名 | 　 | 保険者の名称 | (保険者番号　　　　　　　　) |
| (　　・　　・　　変更) |
| (　　・　　・　　変更) | (保険者番号　　　　　　　　)　　(　　　・　　　・　　　変更) |
| 被保険者、組合員又は世帯主の住所 | 　 |
| (　　・　　・　　変更) | (保険者番号　　　　　　　　)　　(　　　・　　　・　　　変更) |
| (　　・　　・　　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 | 　 | 保険者の所在地 | 　 |
| 国(市町村、組)、健(政、日、組)、船、共 | (　・　・　変更) | (　　　・　　　・　　　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 | 発効期日 | 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 | 世帯番号 | (　・　・　変更) | 備考 |
| 　 | 　 | 自　　・　　・　　～　至　　・　　・ |
| 　 | 　 | 自　　・　　・　　～　至　　・　　・ | (　・　・　変更) |
| 　 | 　 | 自　　・　　・　　～　至　　・　　・ |
| 　 | 　 | 自　　・　　・　　～　至　　・　　・ | (　・　・　変更) |
| 　 | 　 | 自　　・　　・　　～　至　　・　　・ |

(この用紙は、日本工業規格A列4番を標準とする。)