様式第１号（第３条関係）

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　　・　　・　　 |