様式第1号(第3条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受給者番号 | 　 | 　　　　　　　老人保健法による医療受給者台帳 |
| (ふりがな)受給者氏名 | 　 | 　 | 性別 | 　 | 生年月日 | 　 | 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及び住所 | 　 | 保険者の名称及び所在地 | 　 |
| (　　　　　　変更) | (　　　　　　　　変更)　 |
| (　　　　　　変更) | (　　　　　　　　変更)　 |
| 保険種別 | 保険者番号 | 被保険者証又は組合員証の記号番号 | 医療保険の取得事由及び日付 | 医療保険の喪失事由及び日付 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 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及び番号 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 健康手帳及び健康手帳の医療受給者証 | 交付年月日及び事由 | 有効期間 | 資格得喪年月日 | 取得時の特定者区分 | 資格得喪事由 | 受給者証の回収等の年月日 |
| 　 | (自)(至) | (取得)(喪失) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | (自)(至) | (取得)(喪失) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | (自)(至) | (取得)(喪失) | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 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　　　　　　 |