

記載例

別記様式第10号（第9条関係）

重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費受給資格変更届

令和 ●年 ▲月 ■日

赤枠の中を記載してください。  
記入漏れがあった場合、変更届の受理ができない場合がありますので、  
ご注意ください。  
※変更のない箇所については記入しないでください。

届出者 住 所 留萌市幸町1丁目11番地  
氏 名 鯉 花子  
受給者との続柄 本人  
電話番号 (090) - 9999 - 9999

下記のとおり受給資格に変更がありましたので届け出ます。

記

|       |                   |   |                   |                             |   |    |                 |  |                    |       |
|-------|-------------------|---|-------------------|-----------------------------|---|----|-----------------|--|--------------------|-------|
| 届出内容  | 受給者名              |   | 鯉 花子、太郎           |                             |   |    | 受給者証番号          |  |                    |       |
|       | 住所                | 新 | 留萌市五十嵐町1丁目10番     |                             |   |    |                 |  | 変更                 |       |
|       |                   | 旧 | 留萌市幸町1丁目11番       |                             |   |    |                 |  | ●年 ▲月 ■日           |       |
|       | 氏名                | 新 | 留萌 かずも            |                             |   |    |                 |  | 変更                 |       |
|       |                   | 旧 | 鯉 かずも             |                             |   |    |                 |  | ●年 ▲月 ■日           |       |
|       | 保険者名              | 新 | 全国健康保険協会<br>北海道支部 |                             |   | 記号 | XXXXXXXXXX XX   |  | 変更<br><br>●年 ▲月 ■日 |       |
|       |                   | 旧 | 留萌市               |                             |   | 番号 | 留萌 XXXXXXXXXXXX |  |                    |       |
|       | 被保険者（世帯主）の氏名      | 新 | 留萌 かずお            |                             |   |    | 付加<br>給付        |  |                    |       |
|       |                   | 旧 | 鯉 花子              |                             |   |    |                 |  |                    |       |
|       | その他（ ）            | 新 |                   |                             |   |    |                 |  |                    |       |
| 旧     |                   |   |                   |                             |   |    |                 |  |                    |       |
| * 処理欄 | 課長                |   | 係長                |                             | 係 |    | 合議              |  | 処 理<br>年月日         | 年 月 日 |
|       | 上記届出により次のとおり処理する。 |   |                   |                             |   |    |                 |  |                    |       |
|       | 受給者証 回収           |   |                   | 済 ・ 未 （ 後日回収 ・ 破棄依頼 ・ その他 ） |   |    |                 |  |                    |       |

（注）届出者は\*欄は記入しないでください。

# 医療費助成事業に関する同意書

留 萌 市 長      様

令和○年△月□日

(被保険者) 住所 留萌市幸町1丁目11番地

氏名 鯉 一郎

(※相続代表) 住所 \_\_\_\_\_

受給者が加入する、  
健康保険の被保険者（保護者等）の住所・氏名を  
記載。

○留萌市国民健康保険の医療の給付等を受けるに当たって、次の事項に同意します。

1 留萌市が、世帯の世帯主等に関する私の世帯の所得状況を調査すること。

2 留萌市医療費助成事業の助成を受けた場合において、私が加入する健康保険の保険者から私に支払われる高額療養費の受領を留萌市に委任すること。また、留萌市が、高額療養費の請求に必要な私と家族の医療の給付等に関する情報を私の加入する健康保険の保険者に照会し、提供を受けること。

3 留萌市医療費助成事業の助成を受けた場合において、高額療養費を直接、私が加入する健康保険の保険者から私に支払われた場合には、留萌市医療費助成事業の助成額に応じた高額療養費を留萌市に返還すること。

4 留萌市医療費助成事業の助成を受けた場合において、日本スポーツ振興センターの災害共済給付金が私の世帯に支払われる場合には、留萌市医療費助成事業の助成額に応じた災害共済給付金の受領を留萌市に委任すること。

○留萌市国民健康保険の医療の給付等を受けるに当たって、次の事項に同意します。

5 留萌市医療費助成事業の助成を受けた場合において、留萌市から私に支払われる高額療養費及び高額介護合算療養費の申請及び受領を留萌市に委任すること。