

# ○下関市乳幼児医療費助成要綱

平成17年 2月13日制定

(趣旨)

**第1条** この要綱は、乳幼児の保健の向上に寄与し、児童の福祉増進を図るため乳幼児の医療費の一部を当該乳幼児の保護者に対し助成することに必要な事項を定めるものとする。

(定義)

**第2条** この要綱において「社会保険各法」とは、次に掲げる法律をいう。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
- (2) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
- (3) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
- (4) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (5) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (6) 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）

2 この要綱において「乳幼児」とは、6歳に達した日以後最初の3月31日までの間にある者をいう。

3 この要綱において「対象者」とは、下関市内に住居地を有する乳幼児又は国民健康保険法第116条若しくは第116条の2の規定により下関市が行う国民健康保険の被保険者とされる乳幼児（国民健康保険法の同規定による対象者は山口県内に居住地を有する者に限る。ただし、同法同規定により転出先の県外市町村において助成を受けることができない場合を除く。）のうち、社会保険各法の規定による被扶養者又は被保険者であるものとする。ただし、次の各号のいずれかに該当する者を除く。

- (1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている者
- (2) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）による児童福祉施設に入所している者であって、国又は地方公共団体の負担による医療費の支給を受けることができる者
- (3) 重度心身障害者医療費助成事業（昭和48年7月23日社会第670号山口県民生部長通知）による医療費の助成を受けることができる者
- (4) 国民健康保険法第116条又は第116条の2の規定により他の市町村が行う国民健康保険の被保険者とされた者

4 この要綱において「社会保険各法の規定による医療に関する給付」とは、疾病又は負傷についての社会保険各法による療養の給付又は入院時食事療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、家族療養費、家族訪問介護療養費、特別療養費、高額療養費及び高額介護合算療養費の支給をいう。

(助成の範囲)

**第3条** 市長は、対象者の疾病又は負傷について、社会保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合において、当該医療に関する給付の額（その者が社会保険各法による療養の給付を受けたときは、当該療養の給付の額から当該療養の給付に関する同法の規定による一部負担金に相当する額を控除した額とする。）が当該医療に要する費用の額に満たないときは、その満たない額に相当する額（社会保険各法による入院時食事療養に係る療養を受ける者については、当該入院時食事療養費の給付に関するこれらの法律に規定する標準負担額（以下「標準負担額」という。）を除いた額とする。）をこの要綱に定める手続に従い、乳幼児医療費として対象者の保護者に助成するものとする。ただし、当該疾病又は負傷について法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われるときは、この限りでない。

2 前項の医療に要する費用の額は、健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額とする。ただし、現に要した費用の額を超えることができない。

(助成の方法)

**第4条** 対象者が、この要綱で定める手続に従い、社会保険各法に規定する保険医療機関、保険薬局若しくは指定訪問看護事業者又はその他別に定める病院、診療所若しくは薬局（以下「保険医療機関等」という。）で医療を受けた場合には、市長は、乳幼児医療費として当該医療を受けた者に交付すべき額の限度において、その者が当該医療に関し当該保険医療機関等に支払うべき費用を、その者に代わり、当該保険医療機関等に支払うことができる。

2 前項の規定により支払があったときは、当該医療を受けた者に対し、乳幼児医療費の助成があったものとみなす。

3 市長は、第1項の規定により保険医療機関等に支払うべき額の審査及び支払に関する事務を山口県国民健康保険団体連合会に委託することができる。

(受給者証の交付申請)

**第5条** この要綱により乳幼児医療費の助成を受けようとする者は、あらかじめ福祉医療費受給者証交付（更新）申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）及び被扶養者確認票（様式第1-1号、市長が必要と認める場合に限る。）に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

(1) 社会保険各法に基づく被保険者証、組合員証又は加入者証

(2) 課税及び扶養の状況を記載した書類で市長が必要と認めるもの。ただし、乳幼児医療費の助成を受けようとする者の同意により公簿等で確認できるときは、当該書類の提示等を要しないものとする。

(3) その他市長が必要と認めた書類

2 前項の申請に当たって、乳幼児医療費の助成を受けようとする者及び被保険者は、次に掲げる事項について、同意しなければならない。

(1) 市長が福祉医療費受給者証の交付及び更新要件確認のため、課税状況、児童手当の受給状況及び19歳未満の扶養親族の扶養状況を調査すること。

(2) 市長が、高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。

(3) 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について市長に委任すること。

(4) 高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他法令等により医療費の助成を受けた場合、市の過払い相当額を市へ返還すること。

(5) 保険者に対して医療に関する給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を市長が確認すること。

(6) 下関市乳幼児医療費助成要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部若しくは一部を支給しない場合があること。

(受給者証の交付等)

**第6条** 市長は、前条及び第7条に規定する申請書、若しくは第10条に基づき公簿に基づいて第2条に規定する対象者であることを確認したときは、申請者に福祉医療費受給者証(様式第2号。以下「受給者証」という。)を交付するものとする。

2 受給者証の有効期間の末日は、前項の規定による交付後最初に到来する7月31日(その日前に当該乳幼児の第2条第2項の規定による乳幼児である最終の日が到来するときは、当該最終の日)とする。

(受給者証の更新申請)

**第7条** 受給者証の交付を受けている者(以下「受給者」という。)の保護者は、毎年7月31日までに、申請書を市長に提出して受給者証の更新を申請することができる。

(受給者証の再交付申請)

**第8条** 受給者の保護者は、受給者証を破り、汚し、又は失ったときは、福祉医療費受給者証再交付申請書(様式第1-2号)に再交付申請の理由を明記のうえ市長に提出して、その再交付を申請することができる。

2 受給者証を破り、又は汚した場合における前項の再交付申請に際しては、その受給者証を添えなければならない。

3 受給者の保護者は、受給者証の再交付を受けた後、失った受給者証を発見したとき

は、直ちにこれを市長に返還しなければならない。

(変更事項等の届出)

**第9条** 受給者の保護者は、受給者及びその保護者が次の各号の一に該当するときは、福祉医療費受給者証住所・氏名・保険変更届（様式第3号）等により速やかにその旨を市長に届け出なければならない。

- (1) 住所又は氏名を変更したとき。
- (2) 加入している医療保険に変更があったとき。
- (3) 助成の対象となる医療の事由が第三者の行為によるとき。
- (4) 受給者証を紛失したとき。
- (5) 市外へ転出するとき。
- (6) 医療費の助成がある施設へ入所するとき。
- (7) 生活保護を受けるようになったとき。
- (8) 他の法令等により医療費の助成を受けられるとき又は受けたとき。
- (9) 高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金等を受けたとき。
- (10) 婚姻したとき。
- (11) 税の申告等により所得の増減や控除の減額があったとき。

(届出の省略)

**第10条** 市長は、第7条、第9条第1項第6号から第9号に基づき届け出られるべき事項を公簿等によって確認することができるときは、当該届出を省略させることができる。

(受給者証の返還)

**第11条** 受給者の保護者は、受給者証の有効期間が満了したときは、速やかに受給者証を返還しなければならない。

- 2 受給者の保護者は、受給者がこの要綱による対象者でなくなったときは、福祉医療費受給者証資格喪失届（様式第4号）を14日以内に市長に届け出るとともに速やかに受給者証を返還しなければならない。

(乳幼児医療費助成の申請等)

**第12条** 第3条の規定による乳幼児医療費の助成を受けようとする者は、福祉医療費交付申請書（様式第5号）を市長に提出しなければならない。

- 2 市長は、前項の申請書を受理したときは、必要な審査を行い、第3条に定める乳幼児医療費の額を決定し、受給者の保護者に支払うものとする。

(受療の手続)

**第13条** 受給者の保護者は、第4条の規定により医療を受けようとするときは、当該医療を受けようとする保険医療機関等に対し、受給者の属する保険者又は組合の発行した被

保険者証又は組合員証若しくは加入者証に受給者証を添えて提出しなければならない。  
ただし、緊急やむを得ない事由によりこれを提出することができない者であって、受給者であることが明らかな者については、この限りではない。

(第三者の行為による被害の届出)

**第14条** 乳幼児医療費の助成事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、乳幼児医療費の助成を受け、又は受けようとする者は、その事実並びに当該第三者の氏名及び住所又は居所（氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときはその旨）並びに被害の状況を直ちに市長に届け出なければならない。

(乳幼児医療費の返還等)

**第15条** 市長は、偽りその他不正な手段により乳幼児医療費の助成を受けた者がいるときは、その者から、その助成を受けた額に相当する金額の全部又は一部を返還させるものとする。

2 市長は、受給者又は受給者の保護者が受給者の疾病又は負傷に関し損害賠償を受けたときは、その金額の限度において、乳幼児医療費の全部若しくは一部を助成せず、又は既に助成した額に相当する金額を返還させるものとする。

3 受給者の保護者及び被保険者は、受給者に係る医療費について、高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他法令等により医療費の助成を受けたときは、その金額の限度において、その金額に相当する乳幼児医療費を返還しなければならない。

(助成の制限等)

**第15条の1** 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、受給者証の交付をせず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部若しくは一部を支給しないことができる。

(1) 受給者の疾病又は負傷が第三者の行為によって生じたものであって、損害賠償を請求することができるとき。

(2) 受給者の疾病又は負傷が受給者の保護者の故意による犯罪行為により生じたものであるとき。

(3) 受給者の保護者が助成の決定に関する書類で市長が必要と認めるものを提出しないとき。

(4) その他この要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したとき。

**第15条の2** 市長は、必要があると認めるときは、この要綱による乳幼児医療費の助成を受けようとする者及び受給者に対し、対象者の父母の収入、資産、家族の状況等に関し報告を求め、又は関係職員をして調査させるものとする。

(電子申請)

**第16条** 前条までの規定にかかわらず、第5条、第7条、第8条第1項、第9条及び第11条第2項に規定する申請及び届出は、電子情報処理組織（市の使用に係る電子計算機（入出力装置を含む。以下同じ。）と申請及び届出する者の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。）を使用して行うことができる。

2 前項の規定により行われた申請及び届出は、前条までに規定する様式により行われたものとみなして、当該申請及び届出に関する前条までの規定を適用する。

3 第一項の規定により行われた申請及び届出は、同項の市の使用に係る電子計算機に備えられたファイルへの記録がされた時に市に到達したものとみなす。

4 第一項の場合において、市は、当該申請及び届出に関する他の規定により署名等を行うこととしているものについては、当該規定にかかわらず、氏名又は名称を明らかにする措置であって市で定めるものをもって当該署名等に代えさせることができる。

（その他）

**第17条** この要綱に定めるもののほか、必要な事項については別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、平成17年2月13日から施行する。

（経過措置）

2 この要綱の施行の日前に、合併前の下関市乳幼児医療費助成要綱（昭和48年10月1日下関市長制定）、菊川町乳幼児医療費助成要綱（昭和48年10月1日菊川町長制定）、豊田町乳幼児医療費助成要綱（昭和48年10月1日豊田町長制定）、豊浦町乳幼児医療費助成要綱（昭和48年豊浦町告示第41号）又は豊北町乳幼児医療費助成要綱（昭和48年10月1日豊北町長制定）（以下これらを「合併前の要綱」という。）の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの要綱の相当規定によりなされたものとみなす。

（平成16年度の特例）

3 平成16年度の乳幼児医療費の助成は、合併前の要綱の規定により対象となる者を対象者とみなして、それぞれ合併前の要綱の例により行うものとする。

附 則

（施行期日）

この要綱は、平成19年3月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成19年8月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成21年8月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成23年1月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成24年8月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成28年5月6日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成29年3月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成29年5月15日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成30年5月18日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和元年5月7日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和2年8月1日から施行する。ただし、様式第1号の改正規定は令和2年6月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和3年3月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和4年6月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和5年8月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の様式による用紙で、現に残存するものは、なお使用することができる。



様式第1号（第5条、第7条関係）

福祉医療費受給者証交付（更新）申請書  
（乳幼児用）

事由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他（ ）	受付者
事由 発生日 資格 取得日		
発送日	<input type="checkbox"/> 60日特例	

受給者 （乳幼児）	フリガナ		生年月日	平成	年	月	日
	氏名			令和			
宛名コード	性別	男・女	被保険者 との続柄	子・子の子・その他（ ）			

○加入医療保険の状況

被保険者 （世帯主）	フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日
	氏名			平成			
宛名コード	住所 （別居の場合）						
加入医療保険	記号番号	記号	番号	枝番			
	保険者番号		受給者の 資格認定日	平成	年	月	日
	保険者名称						

○世帯の状況

保護者氏名（フリガナ、生年月日）		勤務 状況	1/1以降現在まで、下関市に住所がありましたか？ （都道府県市町まで）
父	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ （フリガナ）	有 ・ 無	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（いいえの場合、下記に記入）  都道府県 市町
	（氏名）		
	（生年月日） 年 月 日		
宛名コード	個人番号		
保護者氏名（フリガナ、生年月日）		勤務 状況	1/1以降現在まで、下関市に住所がありましたか？ （都道府県市町まで）
母	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ （フリガナ）	有 ・ 無	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（いいえの場合、下記に記入）  都道府県 市町
	（氏名）		
	（生年月日） 年 月 日		
宛名コード	個人番号		
【勤務状況「無」の場合】※出産・病気等により、世帯員が離職した場合で、1年以内に就業の予定はありますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

裏面の記載事項について同意し、上記のとおり福祉医療費受給者証の交付を申請します。

年 月 日  
（宛先） 下関市長  
申請者 住所 下関市  
氏名 \_\_\_\_\_ TEL ( \_\_\_\_\_ )

※裏面に記載の同意事項をよくお読みください。

【本人確認書類】 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 （ ）	父	市民税所得割額	所得制限額
		年( ) 高( )	<input type="checkbox"/> 特例
	母	年( ) 高( )	
		年( ) 高( )	

※郵送の場合は、上記本人確認書類の写しの添付が必要です。

※ 福祉医療費申請（受給）にあたっての同意事項

- 1 福祉医療費受給者証交付及び更新要件確認のため、課税状況、児童手当の受給状況及び19歳未満の扶養親族状況を調査すること。  
※課税の状況等が公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）により確認できない場合は、それらが確認できる書類で市長が必要と認めるものを提示してください。
- 2 高額療養費算定基準額及び一部負担金割合の確認のため、被保険者の世帯の課税状況を調査すること。
- 3 保険者から高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金の支給を受けることができる場合、申請及び受領について市長に委任すること。
- 4 高額療養費及び高額介護合算療養費並びに付加給付金その他法令等により医療費の助成を受けた場合、本市の過払い相当額を本市へ返還すること。
- 5 保険者に対して、医療の給付及び付加給付金の支給状況並びに保険資格を本市が確認すること。
- 6 申請者及び被保険者が下関市乳幼児医療費助成要綱又はこの要綱に基づく指示に違反したときは、受給者証を交付せず、又は既に交付している受給者証の効力を停止し、若しくは助成の全部又は一部を支給しない場合があること。

年 月 日

被扶養者確認票（乳幼児医療受給申請用）

※ 年 月 日の時点において、「生計を一にする」0歳から19歳未満の扶養親族について（年末調整又は確定申告時に申告された扶養親族の状況です。）

記入上の注意

- 1 扶養者が父母以外（祖父母など）の場合、「その他」欄にその扶養者の氏名を記入してください。
- 2 一人のお子さんについて、複数の扶養者が同時に扶養することはできません。

① 年 月 日～ 年 月 日生まれの扶養親族（0歳～15歳）

氏名	生年月日	続柄	扶養者（いずれかに○または記入）		
			父	母	その他
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				

② 年 月 日～ 年 月 日生まれの扶養親族（16歳～18歳）

氏名	生年月日	続柄	扶養者（いずれかに○または記入）		
			父	母	その他
	年 月 日				
	年 月 日				

上記（16歳～18歳）の扶養親族のうち、現在同居していない扶養親族

氏名	現住所

同意事項等

- 1 被扶養者確認票に記載された事項について、市長が申請者及び受給者に内容を確認すること。
- 2 扶養状況の確認ができない場合は、必要に応じて旧住所地の市町村に照会すること。
- 3 受給者及び税扶養者の扶養状況の内容の確認のために市長が必要と認めるものを提出すること。
- 4 記載された扶養情報をもとに医療費助成を決定した後、被扶養者確認票に記載された扶養の事実と虚偽があり、福祉医療の受給要件を満たさなかった場合、助成の決定を取り消すとともに受給者に対して給付した助成額の全部又は一部を市長へ返還すること。

上記について、同意のうえ申請します。

年 月 日の住所地

（宛先） 下関市長 申請者氏名

## 福祉医療費受給者証再交付申請書

○再交付を希望する受給者

フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名		受給者番号	
生 年 月 日	年 月 日	(宛名コード)	
フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名		受給者番号	
生 年 月 日	年 月 日	(宛名コード)	
フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名		受給者番号	
生 年 月 日	年 月 日	(宛名コード)	
フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名		受給者番号	
生 年 月 日	年 月 日	(宛名コード)	

○再交付を必要とする理由

受給者証を失ったときの事情	1 亡失    2 汚損    3 破損    4 その他 (            )
受給者証を失った日	年            月            日頃
受給者証を失った場所	

○同意事項

福祉医療費受給者証は、病院・診療所等において、医療保険の自己負担分の全部又は一部を支払わないで受診することができるものです。今後は紛失等のないよう大切に保管してください。

上記について、同意のうえ福祉医療費受給者証の再交付を申請します。	
年    月    日	
(宛先) 下関市長	
申請者	住所 _____
	氏名 _____ TEL ( _____ )

発行（発送）日	受付者

様式第2号（第6条関係）

（表）

<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">福</td> <td style="text-align: center;">福祉医療費受給者証</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">（乳幼児用） 山口県内のみ有効</td> </tr> </table>		福	福祉医療費受給者証	（乳幼児用） 山口県内のみ有効			
		福	福祉医療費受給者証				
（乳幼児用） 山口県内のみ有効							
特記事項							
記号		番号					
受給者	居住地	下関市					
	氏名						
	生年月日	年	月 日				
有効期間		年 月 日から	年 月 日まで				
一部負担金の上限額（裏面2）	通院		入院				
発行機関及び印	山口県下関市 下関市長						
交付年月日		年	月 日				

（裏）

注 意 事 項	
<p>1 保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。</p> <p>2 一部負担金の上限額とは、1か月毎に保険医療機関等が医療費の請求を行う診療報酬明細書毎の医療保険の自己負担分（入院時の食事療養費及び生活療養費に係る自己負担分は除く。）に対して、受給者が支払わなければならない限度額をいいます。</p> <p>3 次の場合には、速やかに市長に届け出てください。</p> <p>（1）氏名、住所、加入医療保険に変更があるとき</p> <p>（2）医療の原因が交通事故等第三者の加害によるものであるとき</p> <p>（3）受給者証を紛失したとき</p> <p>（4）医療費の助成がある施設へ入所したとき</p> <p>（5）生活保護を受けるようになったとき</p> <p>（6）他の法令等により医療費の助成を受けられるとき又は受けたとき</p> <p>（7）高額療養費、高額介護合算療養費、附加給付金を受けたとき</p> <p>（8）婚姻したとき</p> <p>（9）税の申告等により所得の増額や控除の減額があったとき</p> <p>4 受給者の資格がなくなったとき又はこの受給者証の有効期間が満了したときは、速やかに市長にこの受給者証を返納してください。</p> <p>◎この受給者証は、病院・診療所等において、医療保険の自己負担分の全部又は一部を支払わないで受診することができるものですから大切に保管してください。（ただし、入院時の食事費等は自己負担があります。）</p> <p>◎この受給者証は、県外では原則として使用できません。</p> <p>◎偽り又は不正な行為により、この受給者証を使用したり、市に対する申告や報告が正しくなかったり、または市長の指示に正当な理由が無く応じなかったときは、医療費の助成が受けられなかったり、既に助成した医療費を返還していただくことがあります。</p>	

## 福祉医療費受給者証住所・氏名・保険変更届

年 月 日

(宛先) 下関市長

届出人

氏 名

TEL

1. 変更日

年 月 日

※ 氏名変更がある場合のみ記入してください。

事由 1. 縁組 2. 離婚  
3. その他 ( )

2. 変更内容

新住所	
旧住所	

処 理	証書換	受付者

<p><b>【本人確認書類】</b>  <input type="checkbox"/> 運転免許証  <input type="checkbox"/> 個人番号カード  <input type="checkbox"/> パスポート  <input type="checkbox"/> その他                  ( )</p>
---

No.	受給者番号		氏 名		保 険						
					被保険者氏名	被保険者生年月日	記号	番号	枝番	保険者番号	資格認定日
1	宛名コード	新	生年月日		年 月 日					年 月 日	
		旧	年 月 日		年 月 日					年 月 日	
2	宛名コード	新	生年月日	□同上	年 月 日					年 月 日	
		旧	年 月 日		年 月 日					年 月 日	
3	宛名コード	新	生年月日	□同上	年 月 日					年 月 日	
		旧	年 月 日		年 月 日					年 月 日	
4	宛名コード	新	生年月日	□同上	年 月 日					年 月 日	
		旧	年 月 日		年 月 日					年 月 日	

※ 同上的場合、枝番や資格認定日等の異なる箇所のみ記入して下さい。

福祉医療費受給者証資格喪失届

年 月 日 (宛先) 下関市長 届出人 住所 下関市 氏名 _____ _____ Tel ( _____ ) _____			
氏名	生年月日	受給者番号	(宛名コード)
	年 月 日	-	
	年 月 日	-	
	年 月 日	-	
	年 月 日	-	
	年 月 日	-	

下記のとおり資格喪失となりましたので届け出ます。

資格喪失理由	<input type="checkbox"/> 所得更正 <input type="checkbox"/> 他市町村・国外に転出 転出先 _____ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 高所得者(課税者)と同居 <input type="checkbox"/> 婚姻・事実婚 <input type="checkbox"/> 児童福祉施設に入所 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者用に切り換え <input type="checkbox"/> 制度切り替え( _____ 制度 ⇒ _____ 制度) <input type="checkbox"/> その他 理由 _____
事由発生日	年 月 日
備考	受給者証 回収・書換・持参なし 返還金確認 要・不要 喪失日以降の使用 無・有 ( 受診日 医療機関 )

台帳	処理

<b>【本人確認書類】</b> <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他( _____ )	受付者 _____
--	--------------

