

老人保健法の障害認定等に係る届出書

届出区分	4	課長	課長補佐	係長	係	担当者	決裁年月日 年 月 日	データ入力年月日 年 月 日	*高齢受給者証 一部負担金の割合 1割・2割	
組合員証	記号・番号	組合員氏名			組合員生年月日 大昭平 年 月 日		所属機関名(市・町・村・一部事務組合等の名称)			
該当受給者氏名		組合員との続柄	*コード	昭	和	該当者生年月日 年 月 日	年齢	性別 男・女	該当受給者の一部負担金の割合 1割・2割 ※高齢受給者証に記載されています。 (いずれかに○をしてください。)	
届出事由 (該当項目数字に○を附してください。)	1 老人保健法第25条第1項第2号に規定する障害の状態による旨の認定を受けた。 2 老人保健法の医療受給者証の記載内容が変更された。 3 老人保健法の医療受給者証の発行機関が変更になった。 4 上記1の障害に該当しなくなった。(75歳に達した者を除く。)							特記事項		
居住地					市町村番号			受給者番号		
老人保健法第25条第1項第2号の認定年月日 平成 年 月 日(上記1の場合)			発効期日 平成 年 月 日から有効(上記1)			老人保健法第25条第1項第2号に該当しなくなった日 平成 年 月 日(上記4の場合)				
変更内容 (上記2、3の場合、変更内容を記入してください。)	変更前					変更後				
<p>上記のとおり届け出ます。</p> <p>長野県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>届出者(組合員)</p> <p>氏名</p>										
共済組合 受付印		所属所 受付印								印

(注) 届出事由が発生したら、速やかに共済組合へ御提出願います。