

岐阜県公報

目 次

規 則

岐阜県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の一部を改正する規則

(障害福祉課)

ページ
一

号 外 (六) 平 成 二 十 一 年 四 月 一 日

公 示

岐阜県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十一年四月一日

岐阜県知事 古 田 肇

岐阜県規則第四十四号

岐阜県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の一部を改正する規則

岐阜県心身障害者扶養共済制度条例施行規則(昭和四十五年岐阜県規則第四十三号)の一部を次のように改正する。

別記第二号様式を次のように改める。

岐阜県公報 号外 毎週

(火曜日
金曜日)

発行

(休日
に当たる
ときは翌日)

平成二十一年四月一日

第2号様式 (第4条関係)

(表)

生保記入欄	
自治体コード	加入番号

申込者 (被保険者) 告知書

(心身障害者扶養共済制度)

都道府県・指定都市記載欄		
①	②	③
一口目加入	二口目加入	1と2の同時加入

- ・「重要事項のご説明」の内容(個人情報の取扱いを含む)を確認・承知し、心身障害者扶養共済制度における保険契約の被保険者となることに同意のうえ、署名・押印しました
- ・下記の事項は事実と相違ありません

知事(市長)殿

告知日	平成 年 月 日	*告知書有効期限は、加入希望月の2ヶ月以内
フリガナ		性別
申込者氏名	(姓) (名) 印	① 男 ③ 昭和 ② 女 ④ 平成 年 月 日

申 込 者 の 告 知					
最近の健康状態	①最近3ヶ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。また、その結果、検査・治療・入院・手術をすすめられたことがありますか。 *「はい」の場合、下記【詳細記入欄】に記入してください。	はい	いいえ		
過去5年以内の健康状態	②過去5年以内に、病気やけがで手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。 *「はい」の場合、下記【詳細記入欄】に記入してください。	はい	いいえ		
	③過去5年以内に下記の病気で医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 ある場合は、右の「はい」および下記病名を○で囲んだうえ、下記【詳細記入欄】に記入してください。	はい	いいえ		
	心臓・血管 狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心臓病・心筋症・高血圧症(※)			はい	いいえ
	脳・精神・神経 脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)・脳動脈硬化症・精神病・神経症・てんかん・自律神経失調症・アルコール依存症				
肺・気管支 ぜんそく・慢性気管支炎・肺結核	腎・泌尿器 腎炎・ネフローゼ・腎不全				
食道・胃腸・すい臓 胃かいよう・十二指腸かいよう・かいよう性大腸炎・すい炎	眼・耳・鼻 緑内障・網膜の病気・角膜炎の病気				
肝臓・胆のう 肝炎(肝炎ウイルス感染を含む)・肝硬変・肝機能障害	がん・しゅよう	がん・肉腫・白血病・しゅよう・ポリープ			
その他 糖尿病(※)・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫斑病・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・乳癌症					
④過去5年以内に、上記③以外の病気やけがで2週間以上にわたり、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 *「はい」の場合、下記【詳細記入欄】に記入してください。	はい	いいえ			
⑤現在身体に障害はありますか。「はい」の場合は、該当するところを○で囲んだうえ、「障害の原因・部位・程度等」欄に詳細を記入してください。	はい	いいえ			
機能障害	目・耳・言語・そしゃく 手・足・手指・背骨(脊柱)	障害の原因・部位・程度等	はい		
欠損	手・足・手指・背骨(脊柱)		いいえ		
変形	手・足・手指・背骨(脊柱)				

【詳細記入欄】上記①～④に「はい」があった場合は、その内容についてそれぞれ詳細を記入してください。
その内容が「高血圧症(※)」・「糖尿病(※)」の場合は、数値等も記入してください。
なお、記入欄が不足する場合は、告知書を複数枚使用してください。

「はい」をつけた該当番号	①・②・③・④	①・②・③・④
病気やけがの名前・検査名・検査結果		
診察・検査・治療・投薬を受けた期間	年 月から 年 月	年 月から 年 月
入院の有無・期間	無・有(年 月から 年 月)	無・有(年 月から 年 月)
手術の有無(手術の名前、または内容・部位)	無・有()	無・有()
症状経過	完治・治療中・検査中・検査終了(異常なし)・経過観察中	完治・治療中・検査中・検査終了(異常なし)・経過観察中
入院・手術・診察・検査・治療・投薬を受けた医療機関名		
	(※) [高血圧症の場合は記入してください] 最近の血圧 最大 mmHg 最小 mmHg	(※) [糖尿病の場合は記入してください] 最近の空腹時血糖値 mg/dl 治療方法()

心 身 障 害 者			
フリガナ		性別	生 年 月 日
心身障害者氏名	(姓) (名)	① 男 ② 女	① 明治 ② 大正 ③ 昭和 ④ 平成 年 月 日
障害の種類・程度	① 知的障害	① A ② B	申込者の心身障害者との続柄 ① 配偶者 ② 父母 ③ 兄弟姉妹 ④ その他の親族
	② 身体障害	① 1級 ② 2級 ③ 3級	
	③ 精神障害	① 1級 ② 2級	申込者が配偶者、父母以外の場合はその理由
	④ その他	① その他	

生保記入欄

(裏)

◆申込者(被保険者)告知書のご記入の際にご留意いただきたい事項◆

- 下記の記入例をご参照のうえ、油性の黒ボールペンにて楷書で申込者様ご自身が記入してください。
- 記入箇所を訂正される場合には、訂正箇所を二重線で消したうえ、申込者様の訂正印(申込者欄に押印されたご印鑑)を必ず押印してください。
- 健康状態によっては、加入をお断りする場合があります。
- 万一、故意または、重大な過失によって事実を告知されなかったり、事実と違うことを告知された場合には、ご契約が解除されたり、または、無効となり、年金等をお支払いできないことがあります。

記入例

各項目中の質問につき、1つ以上「はい」となる場合は「はい」に、すべて「いいえ」となる場合は「いいえ」に○をしてください。

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">告知書記入欄</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">申請コード 加入番号</td></tr> </table>	告知書記入欄	申請コード 加入番号	<h3 style="margin: 0;">申込者(被保険者)告知書</h3> <p style="font-size: small;">(心身障害者扶養共済制度)</p> <p style="font-size: x-small;">※「重要事項のご説明」の内容(本人情報の取扱いを含む)を確認し、心身障害者扶養共済制度における保険契約の締結後となることに同意のうえ、署名・押印しました。下記の事項は事実と相違ありません。</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">健康状態・特定後付記載欄</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">① ② ③</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">① 申請人 ② 配偶人 ③ 子どもの有無</td></tr> </table>	健康状態・特定後付記載欄	① ② ③	① 申請人 ② 配偶人 ③ 子どもの有無
告知書記入欄							
申請コード 加入番号							
健康状態・特定後付記載欄							
① ② ③							
① 申請人 ② 配偶人 ③ 子どもの有無							
〇〇〇 知事(市長) 殿							
告知日 平成21年 4月 7日	告知書を記入した年月日を記入してください						
申込者氏名・性別・生年月日 山本 一郎 男 41年 2月 4日	申込者様ご署名、記入してください 性別・年号はいずれかに○をしてください						
①について 医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください							
②の「過去5年以内の入院」について 入院日ではなく、退院日より起算して5年以内となります							
③について 表の病気に関しては、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください							
④について 医師の診察・検査・治療(2週間以上)、投薬(2週間以上)のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください							
「2週間以上にわたる診察等」について 初診から治療終了までの期間が2週間以上の場合をいいます 例) 初診 4月1日、2回目診察 4月14日で治療終了の場合 →14日以上診察に該当しますので「はい」に○をしてください							
「2週間以上にわたる投薬」について 例) 医療機関で2週間分の薬を処方された場合 →2週間以上の投薬に該当しますので「はい」に○をしてください							

◆告知日
告知書を記入した年月日を記入してください

◆申込者氏名・性別・生年月日
・申込者様ご署名、記入してください
・性別・年号はいずれかに○をしてください

◆①について
医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください

◆②の「過去5年以内の入院」について
入院日ではなく、退院日より起算して5年以内となります

◆③について
表の病気に関しては、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください

◆④について
医師の診察・検査・治療(2週間以上)、投薬(2週間以上)のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください

・「2週間以上にわたる診察等」について
初診から治療終了までの期間が2週間以上の場合をいいます
例) 初診 4月1日、2回目診察 4月14日で治療終了の場合
→14日以上診察に該当しますので「はい」に○をしてください

・「2週間以上にわたる投薬」について
例) 医療機関で2週間分の薬を処方された場合
→2週間以上の投薬に該当しますので「はい」に○をしてください

◆心身障害者について
障害者のごことについて記入してください

◆障害種類・程度について
心身障害者について、該当する障害の種類・程度の項目の番号を○で囲んでください

◆配偶者・父母以外の申込みの場合
・配偶者・父母の有無
・有の場合は、その人が加入者とならない理由を記入してください

【告知の必要のない傷病等について】

- ◆医師による治療として処方されたものではなく健康増進のための市販のビタミン剤服用 ◆医師に処方されていない市販の薬の服用
- ◆医師の治療を受けていない疾病 ◆歯科医師による虫歯の治療
- ◆完治したかぜ ◆正常分娩 ◆おたふくかぜ ◆水ぼうそう
- ◆手術により完治した虫垂炎 ◆円形脱毛症 ◆花粉症 ◆水虫 ◆色覚異常

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">告知書記入欄</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">申請コード 加入番号</td></tr> </table>	告知書記入欄	申請コード 加入番号	<h3 style="margin: 0;">申込者(被保険者)告知書</h3> <p style="font-size: small;">(心身障害者扶養共済制度)</p> <p style="font-size: x-small;">※「重要事項のご説明」の内容(本人情報の取扱いを含む)を確認し、心身障害者扶養共済制度における保険契約の締結後となることに同意のうえ、署名・押印しました。下記の事項は事実と相違ありません。</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">健康状態・特定後付記載欄</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">① ② ③</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">① 申請人 ② 配偶人 ③ 子どもの有無</td></tr> </table>	健康状態・特定後付記載欄	① ② ③	① 申請人 ② 配偶人 ③ 子どもの有無
告知書記入欄							
申請コード 加入番号							
健康状態・特定後付記載欄							
① ② ③							
① 申請人 ② 配偶人 ③ 子どもの有無							
〇〇〇 知事(市長) 殿							
告知日 平成21年 4月 7日	告知書を記入した年月日を記入してください						
申込者氏名・性別・生年月日 山本 一郎 男 41年 2月 4日	申込者様ご署名、記入してください 性別・年号はいずれかに○をしてください						
①について 医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください							
②の「過去5年以内の入院」について 入院日ではなく、退院日より起算して5年以内となります							
③について 表の病気に関しては、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください							
④について 医師の診察・検査・治療(2週間以上)、投薬(2週間以上)のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください							
「2週間以上にわたる診察等」について 初診から治療終了までの期間が2週間以上の場合をいいます 例) 初診 4月1日、2回目診察 4月14日で治療終了の場合 →14日以上診察に該当しますので「はい」に○をしてください							
「2週間以上にわたる投薬」について 例) 医療機関で2週間分の薬を処方された場合 →2週間以上の投薬に該当しますので「はい」に○をしてください							

◆告知日
告知書を記入した年月日を記入してください

◆申込者氏名・性別・生年月日
・申込者様ご署名、記入してください
・性別・年号はいずれかに○をしてください

◆①について
医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください

◆②の「過去5年以内の入院」について
入院日ではなく、退院日より起算して5年以内となります

◆③について
表の病気に関しては、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください

◆④について
医師の診察・検査・治療(2週間以上)、投薬(2週間以上)のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください

・「2週間以上にわたる診察等」について
初診から治療終了までの期間が2週間以上の場合をいいます
例) 初診 4月1日、2回目診察 4月14日で治療終了の場合
→14日以上診察に該当しますので「はい」に○をしてください

・「2週間以上にわたる投薬」について
例) 医療機関で2週間分の薬を処方された場合
→2週間以上の投薬に該当しますので「はい」に○をしてください

◆心身障害者について
障害者のごことについて記入してください

◆障害種類・程度について
心身障害者について、該当する障害の種類・程度の項目の番号を○で囲んでください

◆配偶者・父母以外の申込みの場合
・配偶者・父母の有無
・有の場合は、その人が加入者とならない理由を記入してください

【告知の必要のない傷病等について】

- ◆医師による治療として処方されたものではなく健康増進のための市販のビタミン剤服用 ◆医師に処方されていない市販の薬の服用
- ◆医師の治療を受けていない疾病 ◆歯科医師による虫歯の治療
- ◆完治したかぜ ◆正常分娩 ◆おたふくかぜ ◆水ぼうそう
- ◆手術により完治した虫垂炎 ◆円形脱毛症 ◆花粉症 ◆水虫 ◆色覚異常

別記第十二号様式を次のように改める。

別記第二十七号様式を次のように改める。

第27号様式 (第12条関係)

年金証書番号

年金受給権者現況届書

年金受給権者	氏名	男女	生年月日	大 昭 年 月 日 平
	住所			
	年金受給権者の有無	1 有 (1) 父 (2) 母 (3) 祖父母 (4) 兄弟姉妹 (5) その他の親族 (6) その他 ()		
		2 無		

岐阜県心身障害者扶養共済条例第18条の規定により上記のとおり届け出ます。
年 月 日

年金受給権者
又は年金管理者
氏 名 印
岐阜県知事様

記入上の注意 「年金管理者の有無」の欄は、年金受給権者・年金管理者が記入し
がたい場合は、市町村福祉事務所等で記入してさしつかえありません。
添 付 書 類 戸籍の抄本又は住民票の写し

附 則
この規則は、公布の日から施行する。

平成二十一年四月一日発行

発行者
発行所

岐阜市藪田南二丁目一番一号
岐阜県庁

編集

岐阜市三輪ふりとびあ十三
岐阜文芸社