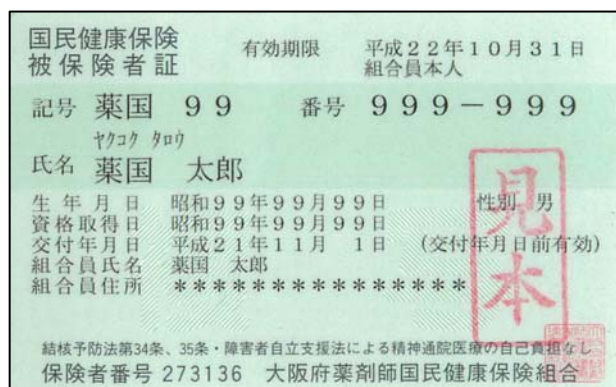




ダイジェスト版

***大阪府薬剤師国組被保険者証変更**

有効期限	平成 22 年 10 月 31 日
形式	被保険者一人一枚のカード
色彩	緑色
更新期間	平成 21 年 10 月 1 日～31 日
更新期間の取扱	新・旧被保険者証とも有効 但、平成 21 年 11 月 1 日以降は 同日前交付の被保険者証は全て 無効とする



***保険者変更通知**

【新健保】

変更日 H21 年 10 月 1 日

新 健 保	
保 険 者 名	バイエル健康保険組合
保 険 者 番 号	06273783

【保険者名変更】

変更日 H21 年 9 月 1 日

変 更 前	
ミレニアムリテイリンググループ健康保険組合	
変 更 後	
保 険 者 名	そごう・西武健康保険組合
保 険 者 番 号	06142095
留 意 事 項	1. 保険者番号変更なし 2. 被保険者ならびに被扶養者の記号の変更あり

＊ 児童福祉法(施設入所者)支給申請書

(大阪市用)書式様式変更のお知らせ
 ☆詳しくは社団事務局まで

(口座払用)

請 求 書

平成 年 月 日

大 阪 市 長 様

住 所
氏名印 ○

次のとおり請求します。

金 額	内 容
	児童福祉法による療養費

※金額の前には必ず¥を付けてください。

債権者登録済の金融機関の口座に振り込んでください。

債権者番号	指定口座
-------	------

※ 指定口座は、A、B、C、D、Mよりご指定ください

次に指定する金融機関の口座へ振り込んでください。

金融機関名	支店名	口座番号
預金種目	普通・当座・貯蓄・その他	口座番号
フリガナ		
口座名義		

本市記入欄

印影等照合先 (契約番号等)	執行主管コード	支出命令書番号
請求書等		
確認者捺印		
業務区分	<input type="checkbox"/> 歳出	<input type="checkbox"/> 歳入 <input type="checkbox"/> 歳計外 <input type="checkbox"/> 基金

＊医療証の確認をお願いします！

大阪府41老人医療費助成事業終了について

・老人医療費助成制度(法別番号41)は、経過措置として、昭和14年10月31日までに生まれた70歳未満の市町村民税非課税世帯等に属する方を対象としており、**平成21年10月末で終了**します。

・なお、**吹田市**と**摂津市**については、平成21年11月以降も市町村単独制度として継続します。

吹田市? 現状のまま継続

摂津市? 昭和14年11月1日以降生まれの65歳以上70歳未満世帯全員が市町村民税非課税で所得のない方