

規 則

埼玉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。

平成二十三年三月三十一日

埼玉県知事 上 田 清 司

埼玉県規則第七十一号

埼玉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

埼玉県心身障害者扶養共済制度条例施行規則（昭和四十五年埼玉県規則第二十一号）の一部を次のように改正する。

第二条第一項第二号及び第二項中「申込者告知書」を「申込者（被保険者）告知書」に改める。

第四条第二項中「及び」の下に「様式第一号の加入等申込書に記載されている心身障害者を年金受給権者とした」を加え、「ことに」を「ことを」に改める。

様式第一号及び様式第二号を次のように改める。

加入等申込書

年 月 日

(あて先)

埼玉県知事

(加入申込者)

氏 名

印

埼玉県心身障害者扶養共済制度条例に基づき、埼玉県心身障害者扶養共済制度
に 加 入 したいので、関係書類を添えて申し込みます。
における口数追加を

加入等申込者	(フリガナ) 氏名	男 女	生年月日	年 月 日	
	住所	電話番号 ()		心身障害者 との続柄	
心身障害者※	(フリガナ) 氏名	男 女	生年月日	年 月 日	
口数追加			する ・ しない		
現在共済制度に加入の有無			有 (加入番号) ・ 無		

	従前の 地方公共団体名	加入番号	加入年月日 (口数追加)
他制度からの 転入者の記載欄			年 月 日 (年 月 日)
			年 月 日 (年 月 日)

※ 本共済制度においては、心身障害者を事後的に変更できないものとします。

添付書類

- 1 加入等申込者及びその扶養する心身障害者の住民票の写し
- 2 申込者（被保険者）告知書
- 3 障害の種類及び程度を証明する書類
- 4 年金管理者指定届書

(注) 口数追加のみの申込みの場合には、2の書類だけを添付してください。

確認印	
「重要事項のご説明」の内容を確認し、受領しました。 また、この共済制度が加入目的に合致していることも確認しています。	印

様式第2号（第2条関係）

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上、署名押印しました。
- ・下記の事項は事実と相違ありません。

（あて先） 埼玉県知事

告知日（記入日）	年 月 日		*告知書有効期限は、加入希望月の2箇月以内	
申込み（加入）に当たって	申込者は、以下の事項について心身障害者に対して説明し、この制度に加入することの同意を得ました。 ・申込者が死亡し、又は重度障害になった場合は、心身障害者に対して「年金給付保険金」が支払われること。 ・心身障害者が死亡した場合は、申込者に対して「弔慰金給付保険金」が支払われること。			
フリガナ	(姓)	(名)	性別	生年月日
申込者氏名	(姓)	(名)	① 男 ② 女	③ 昭和 ④ 平成 年 月 日
フリガナ	(姓)	(名)	性別	生年月日
心身障害者氏名	(姓)	(名)	① 男 ② 女	③ 明治 ④ 大正 ⑤ 昭和 ⑥ 平成 年 月 日
障害の種類・程度	① 身体障害 ② 知的障害 ③ 精神障害 ④ その他	① 1級 ② 2級 ③ 3級 ④ A ⑤ B ⑥ 1級 ⑦ 2級 ⑧ その他	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
			申込者が配偶者、父母以外の場合はその理由	

申込者の告知（心身障害者に係る告知ではありません。）

最近の健康状態	① 最近3箇月以内に、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・手術を勧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又は継続して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。 *（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																	
	<table border="1"> <tr> <td>心臓・血管</td> <td>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（※1）</td> </tr> <tr> <td>脳・精神・神経</td> <td>脳卒中（脳出血・脳こうそく・くも膜下出血）・脳動脈硬化症・精神障害・神経症・てんかん・自律神経失調症・アルコール依存症</td> </tr> <tr> <td>肺・気管支</td> <td>ぜんそく・慢性気管支炎・肺結核</td> </tr> <tr> <td>腎・泌尿器</td> <td>腎炎・ネフローゼ・腎不全</td> </tr> <tr> <td>食道・胃腸・すい臓</td> <td>胃かいよう・十二指腸かいよう・かいよう性大腸炎・すい臓炎</td> </tr> <tr> <td>眼・耳・鼻</td> <td>緑内障・網膜の病気・角膜炎の病気</td> </tr> <tr> <td>肝臓・胆のう</td> <td>肝炎（肝炎ウイルス感染を含む）・肝硬変・肝機能障害</td> </tr> <tr> <td>がん・しゅよう</td> <td>がん・肉腫・白血病・しゅよう・ポリープ</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>糖尿病（※2）・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫はん病・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・乳せん症</td> </tr> </table>	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（※1）	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・精神障害・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・すい臓炎	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（※2）・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫はん病・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・乳せん症	はい
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（※1）																			
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・精神障害・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・すい臓炎																			
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（※2）・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫はん病・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・乳せん症																			
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																		
身体障害	⑤ 現在身体に障害はありますか。*（はい）の場合、該当するところを○で囲んだ上、「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																	
	<table border="1"> <tr> <td>機能障害</td> <td>目・耳・言語・そしゃく</td> <td>障害の原因・部位・程度等</td> <td>発症時期</td> </tr> <tr> <td>欠損</td> <td>手・足・手指・背骨（せきこ）</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>変形</td> <td>手・足・手指・背骨（せきこ）</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	機能障害	目・耳・言語・そしゃく	障害の原因・部位・程度等	発症時期	欠損	手・足・手指・背骨（せきこ）			変形	手・足・手指・背骨（せきこ）									
機能障害	目・耳・言語・そしゃく	障害の原因・部位・程度等	発症時期																	
欠損	手・足・手指・背骨（せきこ）																			
変形	手・足・手指・背骨（せきこ）																			

【詳細記入欄】

上記①～④に（はい）があった場合には、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（※1）」又は「糖尿病（※2）」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・検査結果		
診察・検査・治療・投薬を受けた期間	年 月～ 年 月	年 月～ 年 月
入院の有無・期間	無・有（年 月～ 年 月）	無・有（年 月～ 年 月）
手術の有無（手術の名前又は内容・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		
※1 【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		※2 【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（ ）

生保
記入欄

様式第三号中「免疫の機能」を「免疫・肝臓の機能」に改める。

様式第五号（表面）を次のように改める。

様式第5号（第2条関係）

（表面）

加入番号	
------	--

埼玉県心身障害者扶養共済制度

加 入 証 書

加 入 者
氏 名 _____

あなたは、埼玉県心身障害者扶養共済制度条例に基づき、心身障害者扶養共済制度に加入していることを証します。

年 月 日

埼玉県知事 印

加入者	(フリガナ) 氏名	
	生年月日	年 月 日
心身障害者	(フリガナ) 氏名	
	生年月日	年 月 日
加入日 (加入等の効力発生の日)		年 月 1日
掛金払込期間		年 月 日～ 年 月 日

様式第五号（裏面）「中」「この証書」を「、この証書」とし、「よし」を「汚し」とし、「なくし」を「無くし」とし、「わたし」を「渡し」とする。同様には（裏面）２中「とりあつかい」を「取り扱い」とし、「ご承知」を「御承知」とする。同様には（裏面）３中「その月」の次に「の分」を加え、同様には（裏面）４中「又は障害」を「又は著しい障害」とし、「ご承知」を「御承知」とする。同様には（裏面）５中「なくなつた」を「亡くなつた」とする。同様には（裏面）６（二）及び（三）中「心身障害者、年金管理者」を「心身障害者又は年金管理者」とする。同様には（裏面）10中「、この」を「いの」とし、「もより」を「最寄り」とする。

様式第五号の二（表面）を次のように改める。

様式第5号の2（第2条関係）

（表面）

加入番号

埼玉県心身障害者扶養共済制度

口 数 追 加 証 書

加 入 者

氏 名

あなたは、埼玉県心身障害者扶養共済制度条例に基づき、心身障害者扶養共済制度の口数が追加されていることを証します。

年 月 日

埼玉県知事



加入者	(フリガナ) 氏名	
	生年月日	年 月 日
心身障害者	(フリガナ) 氏名	
	生年月日	年 月 日
加入日 (加入等の効力発生の日)		年 月 1日
掛金払込期間		年 月 日～ 年 月 日

様式第五号の二（裏面）「中」「よごし」や「汚し」じ、「なくし」や「無くし」じ、「わたし」や「渡し」じぬゑ、回覧紙（裏面）「中」「ご承知」や「御承知」じぬゑ、回覧紙（裏面）「中」「その月」の次じ「の分」や加え、「（加算額）」や加え、回覧紙（裏面）「中」「又は障害」や「又は著しい障害」じ、「ご承知」や「御承知」じぬゑ、回覧紙（裏面）「中」「なくなつた」や「亡くなつた」じぬゑ、「（加算額）」や加え、回覧紙（裏面）「次のようじ加えぬ」。

9 次の場合は速やかにお届けください。

- (1) 加入者、心身障害者又は年金管理者が氏名や住所を変更したとき。
- (2) 心身障害者又は年金管理者が死亡したとき。
- (3) 年金管理者を指定したり、変更したとき。
- (4) 掛金が納められなくなつたときなど。

10 その他この制度についてのお尋ねのときは、最寄りの市町村か県の障害者福祉推進課にお問い合わせください。

塩 原

この規則は、平成二十二年四月一日から施行する。