

広島県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する規則

平成20年4月1日

規則第2号

目次

- 第1章 総則（第1条）
- 第2章 被保険者（第2条—第11条）
- 第3章 医療給付（第12条—第26条）
- 第4章 保健事業（第27条）
- 第5章 保険料（第28条—第34条）
- 第6章 雑則（第35条—第39条）

附則

第1章 総則

（趣旨）

第1条 広島県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が行う後期高齢者医療については、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）、高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成19年政令第318号。以下「令」という。）、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（平成19年厚生労働省令第129号。以下「施行規則」という。）及び広島県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例（平成19年広島県後期高齢者医療広域連合条例第27号。以下「条例」という。）に定めるもののほか、この規則の定めるところによる。

第2章 被保険者

（障害認定の申請）

第2条 法第50条第2号の規定による広域連合の認定を受けようとする者は、国民年金の年金証書、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳その他の令別表に定める程度の障害の状態にあることを明らかにすることができる書類を添えて、後期高齢者医療障害認定申請書（新規・更新）（様式第1号）により広域連合長に申請しなければならない。

2 広域連合長は、前項の規定による申請書の提出を受け、令別表に定める程度の障害の状態にあることを認定したときは後期高齢者医療被保険者証（以下「被保険者証」という。）を交付し、障害の状態に該当しないことを確認したときは後期高齢者医療障害認定申請却下通知書（様式第2号）により申請者に通知するものとする。

（障害認定の申請撤回）

第3条 前条第2項の規定により被保険者証の交付を受けた者は、障害認定を撤回しようとするときは、後期高齢者医療障害認定撤回申請書（様式第3号）により広域連合長に申請しなければならない。

2 広域連合長は、前項の規定による申請を受理したときは、後期高齢者医療被保険者資格喪失証明書（様式第4号）を申請者に交付するものとする。

（被保険者に関する届出）

第4条 被保険者は、施行規則第10条、第11条及び第22条から第26条までの規定に基づき、後期高齢者医療被保険者資格異動届出書（様式第5号）により遅滞なく広域連合長に届け出なければならない。

（被保険者証等の再交付）

第5条 被保険者は、被保険者証又は被保険者資格証明書（以下「被保険者証等」という。）を破り、汚し、又は失ったときは、後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書（様式第6号）により、一斉更新のとき及び年齢到達時の被保険者証が未着であったときは、後期高齢者医療被保険者証等交付申請書（一斉更新・年齢到達時の未着用）（様式第6-2号）により広域連合長に申請しなければならない。

2 広域連合長は、前項の規定による申請を受理したときは、従前の被保険者証等と同じ番号の被保険者証等を申請者に交付するものとする。

（被保険者証等が返還できない場合の届出）

第6条 被保険者は、被保険者証等を返還することができないときは、後期高齢者医療被保険者証等返還不能届出書（様式第7号）により広域連合長に届け出なければならない。

（被保険者証等の無効）

第7条 次の各号のいずれかに該当する場合の被保険者証等は、これを無効とする。

- (1) 被保険者が資格を喪失したとき。
- (2) 被保険者証等を亡失し、又は損傷したことにより、被保険者証等の再交付を受けたとき。
- (3) 被保険者証等の検認又は更新を受けなかったとき。
- (4) 法令の規定に基づき被保険者証等の記載内容に変更があったとき。
- (5) 被保険者証等の有効期限を経過したとき。

（被保険者証等の更新）

第8条 広域連合は、施行規則第20条第1項及び第21条の規定による被保険者証等の更新を毎年8月1日に行う。ただし、広域連合長が特に必要と認めた

ときは、更新を随時行うことができる。

(被保険者証等の検認又は更新の手続)

第9条 広域連合長は、被保険者証等の検認又は更新を行うときは、その期日その他必要な事項を告示するものとする。

2 前項の告示に指定された期日までに被保険者証等を提出することができない被保険者は、その事由を記載した文書を指定された期日までに広域連合長に提出しなければならない。

(病院等に入院又は入所中の者に関する届出)

第10条 被保険者が法第55条第1項本文若しくは第2項(これらの規定を法第55条の2第2項において準用する場合を含む。)若しくは法第55条の2第1項の規定の適用を受けるに至ったとき、又はその適用を受けなくなったときは、後期高齢者医療住所地特例(該当・非該当)届出書(様式第8号)により広域連合長に届け出なければならない。

(被扶養者の届出)

第11条 被保険者の資格を取得する直前に法第7条第4項第6号に規定する被扶養者であった被保険者は、そのことを証明する書類を添えて、後期高齢者医療被扶養者届出書(様式第9号)により速やかに広域連合長に届け出なければならない。

第3章 医療給付

(基準収入額適用申請)

第12条 令第7条第3項の規定の適用を受けようとする被保険者は、その適用を受けようとする日の属する年の前年(その適用を受けようとする日の属する月が1月から7月までの場合にあつては、前々年)の収入額を確認できる書類を添えて、後期高齢者医療基準収入額適用申請書(様式第10号)により広域連合長に申請しなければならない。ただし、広域連合において、当該被保険者が同項の規定の適用を受けることの確認を行うことができるときは、この限りでない。

2 広域連合長は、令第7条第3項の規定に該当すると認めるときは、法第67条第1項第1号又は第2号に規定する割合を記載した被保険者証を申請者に交付するものとする。

3 既に被保険者証の交付を受けている被保険者は、前項の規定により被保険者証の交付を受けたときは、遅滞なく、従前の被保険者証を広域連合に返還しなければならない。

4 広域連合長は、令第7条第3項の規定に該当しないと認めるときは、後期高

高齢者医療基準収入額適用申請却下通知書（様式第11号）により申請者に通知するものとする。

（一部負担金の減免又は徴収猶予）

第13条 法第69条の規定により一部負担金の減免又は徴収猶予（以下「一部負担金の減免等」という。）を受けようとする被保険者は、法第64条第1項及び第2項に規定する療養の給付を受ける前に、施行規則第33条第1項に規定する事由に該当することを確認できる書類等を添えて、後期高齢者医療一部負担金減免及び徴収猶予申請書（様式第12号）により広域連合長に申請しなければならない。ただし、急患その他やむを得ない事由により事前に申請をすることが困難な場合は、その事由の消滅した後、遅滞なく、その事由を付して申請しなければならない。

2 広域連合長は、前項の規定による申請書の提出を受け、一部負担金の減免等の必要があると認めたときは後期高齢者医療一部負担金（減免・免除・徴収猶予）証明書（様式第13号）を交付し、必要がないと認めたときは後期高齢者医療一部負担金減免等申請却下通知書（様式第14号）により申請者に通知するものとする。

3 災害救助法（昭和22年法律第118号）の適用に係る災害が生じた場合において、前2項の規定による手続により難しいときは、広域連合長が別に定める手続により取り扱うものとする。

（一部負担金の減免等の取消し）

第14条 広域連合長は、前条第2項の規定による証明書の交付を受けた被保険者が偽りその他不正の行為により一部負担金の減免等を受けたことが明らかになったときは、その一部負担金の減免等を取り消すとともに、直ちにその旨を後期高齢者医療一部負担金減免等取消通知書（様式第15号）により、当該被保険者及び当該被保険者が受診した保険医療機関等（健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号に規定する保険医療機関又は保険薬局をいう。以下同じ。）に通知するものとする。

2 広域連合長は、前項の規定による通知を受けた被保険者に、一部負担金の減免等を受けた日から取り消された日の前日までの間に支払を免れた額を後期高齢者医療一部負担金返還請求書（様式第16号）により通知し、直ちにその額を返還させるものとする。

（特定疾病認定の申請等）

第15条 令第14条第6項の規定による認定を受けようとする被保険者は、同項に掲げる疾病に関する医師又は歯科医師の意見書その他当該疾病にかかって

いることを証する書類を添えて、後期高齢者医療特定疾病認定申請書（様式第17号）により広域連合長に申請しなければならない。

- 2 広域連合長は、前項の規定による申請書の提出を受け、令第14条第6項に掲げる疾病にかかっていないことを認めるときは、後期高齢者医療特定疾病認定申請却下通知書（様式第18号）により申請者に通知するものとする。

（限度額適用・標準負担額減額認定証又は限度額適用認定証の交付）

第16条 広域連合長は、施行規則第67条又は施行規則第66条の2の認定を受けた被保険者であつて、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証又は後期高齢者医療限度額適用認定証の交付を受けようとする者から後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書兼入院日数届書・後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書（様式第19号）の提出を受けたときは、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証又は後期高齢者医療限度額適用認定証を交付しなければならない。

- 2 広域連合長は、前項の規定による申請書の提出を受け、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証又は後期高齢者医療限度額適用認定証の交付をする必要がないと認めるときは、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請却下通知書（様式第20号）又は後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請却下通知書（様式第20-2号）により申請者に通知するものとする。

（限度額適用・標準負担額減額認定証又は限度額適用認定証の返還）

第17条 広域連合長は、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受けた被保険者が、施行規則第67条第3項各号のいずれか、又は後期高齢者医療限度額適用認定証の交付を受けた被保険者が、施行規則第66条の2第3項各号のいずれかに該当するに至った場合において、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証又は後期高齢者医療限度額適用認定証を広域連合に返還しないときは、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の返還通知書（様式第21号、様式第21-2号、様式第21-3号、様式第21-4号又は様式第21-5号）又は後期高齢者医療限度額適用認定証の返還通知書（様式第21-6号、様式第21-7号、様式第21-8号、様式第21-9号、様式第21-10号、様式第21-11号、様式第21-12号、様式第21-13号又は様式第21-14号）により当該被保険者に通知するものとする。

- 2 前項の規定による通知を受けた被保険者は、直ちに後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証又は後期高齢者医療限度額適用認定証を広域連合長

へ返還しなければならない。

(限度額適用・標準負担額減額認定証及び限度額適用認定証の更新)

第18条 広域連合は、施行規則第67条第6項及び施行規則第66条の2第6項において準用する施行規則第20条第1項の規定による限度額適用・標準負担額減額認定証及び限度額適用認定証の更新を毎年8月1日に行う。

(入院時標準負担額の差額の支給申請)

第19条 施行規則第37条の規定による支給又は施行規則第42条の規定による支給を受けようとする被保険者は、その療養に要した費用に関する証明書類等を添えて、後期高齢者医療食事(生活)療養差額支給申請書(様式第22号)により広域連合長に申請しなければならない。

(療養費の支給申請)

第20条 法第77条の規定による支給を受けようとする被保険者は、その療養に要した費用に関する証明書類及びその医師の診断書等を添えて、後期高齢者医療療養費支給申請書(様式第23号)により広域連合長に申請しなければならない。

(移送費の支給申請)

第21条 法第83条の規定による支給を受けようとする被保険者は、その移送に要した費用に関する証明書類及びその医師の診断書等を添えて、後期高齢者医療療養費支給申請書により広域連合長に申請しなければならない。

(高額療養費の支給申請)

第22条 法第84条の規定による支給を受けようとする被保険者は、後期高齢者医療高額療養費支給申請書(様式第24号)により広域連合長に申請しなければならない。

2 令第14条の2の規定による支給を受けようとする被保険者は、高額療養費(外来年間合算)支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書(様式第24-2号)により広域連合長に申請しなければならない。

(高額介護合算療養費の支給申請)

第22条の2 法第85条の規定による支給を受けようとする被保険者は、高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書(様式第24-3号)により広域連合長に申請しなければならない。

(葬祭費の支給申請)

第23条 条例第2条の規定による支給を受けようとする者は、葬祭執行者であることを確認できる書類を添えて、後期高齢者医療葬祭費支給申請書(様式第25号)により広域連合長に申請しなければならない。

(支給又は不支給の決定)

第24条 広域連合長は、第19条から前条までの規定による申請を受理したときは、速やかに、支給又は不支給を決定し、支給を決定したときは後期高齢者医療給付支給決定通知書(様式第26号又は様式第26-2号)により、不支給を決定したときは後期高齢者医療給付支給申請却下通知書(様式第27号)又は後期高齢者医療給付不支給決定通知書(様式第27-2号)により申請者に通知するものとする。

(第三者の行為により給付事由が生じた場合)

第25条 第三者の行為によって生じた疾病又は負傷により医療給付を受けた被保険者は、その事実が発生した日後、速やかに、交通事故証明書等を添えて、第三者行為による被害届(様式第28号又は様式第29号)により広域連合長に届け出なければならない。

(不正利得の徴収)

第26条 広域連合長は、法第59条第1項の規定により、不正行為により医療給付を受けた者から医療給付の価額の全部又は一部を徴収するときは、後期高齢者医療給付制限通知書(様式第30号)により通知し、納付書によりこれを徴収する。

2 前項の納付書に記載する納期限は、当該納付書の発布の日から10日以上経過した日とする。

3 前2項の規定は、法第59条第2項の規定による保険医療機関において診療に従事する保険医又は法第78条第1項に規定する主治の医師に対する徴収金の納付命令について準用する。

第4章 保健事業

(保健事業)

第27条 条例第3条の規定による事業は、次のとおりとする。

- (1) 健康診査事業
- (2) 被保険者の健康の保持増進のために市町(広域連合を組織する市町をいう。以下同じ。)が実施する健康診査等に対する補助事業
- (3) その他被保険者の健康保持増進に資すると広域連合長が認める事業

第5章 保険料

(保険料の額の通知)

第28条 条例第16条の規定による保険料の額の被保険者への通知は、市町が定める所定の通知書により行うものとする。

(保険料の徴収猶予)

第29条 条例第17条の規定により保険料の徴収猶予の措置を受けようとする被保険者は、官公庁の発行する罹災証明書、徴収猶予の措置を受けようとする保険料の賦課期日の属する年の1月から12月までの被保険者及び被保険者の属する世帯員全員の収入額を確認できる書類等を添えて、後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書（様式第31号）により広域連合長に申請しなければならない。

2 広域連合長は、前項の規定による申請書の提出を受け、保険料の徴収猶予の必要があると認めたときは、後期高齢者医療保険料徴収猶予決定通知書（様式第32号）により申請者に対し通知し、必要がないと認めたときは、後期高齢者医療保険料徴収猶予却下通知書（様式第32-2号）により申請者に対し通知するものとする。

（保険料の減免）

第30条 条例第18条の規定により保険料の減免の措置を受けようとする被保険者は、官公庁の発行する罹災証明書、減免の措置を受けようとする保険料の賦課期日の属する年の1月から12月までの被保険者及び被保険者の属する世帯員全員の収入額を確認できる書類等を添えて、後期高齢者医療保険料減免申請書（様式第33号）により広域連合長に申請しなければならない。

2 広域連合長は、前項の規定による申請書の提出を受け、保険料の減免の必要があると認めたときは、後期高齢者医療保険料減免決定通知書（様式第34号）により申請者に対し通知し、必要がないと認めたときは、後期高齢者医療保険料減免却下通知書（様式第34-2号）により申請者に対し通知するものとする。

（添付書類の省略）

第31条 前2条の規定による申請書に添えなければならない書類は、広域連合長が認めたときは、省略することができる。

（保険料の徴収猶予又は減免の取消し）

第32条 広域連合長は、保険料の徴収猶予又は減免の措置を受けた被保険者（以下「減免等措置者」という。）が次に該当するときは、当該徴収猶予又は減免に係る保険料の全部又は一部についてその措置を取り消すものとする。

- (1) 条例第17条第3項又は第18条第3項に規定する申告があったとき。
- (2) 前号の規定による申告がない場合であって、減免の理由が消滅したと認められるとき。
- (3) 減免等措置者が偽りの申請その他不正の行為により保険料の徴収猶予又は減免を受けたことが明らかになったとき。

(4) 条例第18条第1項第2号から第4号までの規定による減免等措置者のうち、当該年度の総所得金額等の合計額が確定した場合であって、当該確定額が別に定める条件を満たさなくなったとき。

2 広域連合長は、前項の規定による保険料の徴収猶予又は減免の取消しを行ったときは、その旨を後期高齢者医療保険料徴収猶予取消通知書（様式第35号）又は後期高齢者医療保険料減免取消通知書（様式第35-2号）により減免等措置者に通知するものとする。

3 取消しを受けた被保険者は、その取消しの前日までの間に支払を免れた額を直ちに市町に納付しなければならない。

（保険料に関する申告）

第33条 条例第19条の規定により保険料に関する申告を行おうとする者は、後期高齢者医療簡易申告書（様式第36号）又は市町が定めた所定の申告書を、広域連合長に提出しなければならない。

（賦課漏れ等に係る保険料）

第34条 広域連合長は、賦課漏れ又は偽りその他不正の行為により徴収を免かれた保険料が判明したときは、賦課すべきであった保険料を速やかに賦課し、市町はこれを徴収する。

第6章 雑則

（認定等証明書の申請）

第35条 住所の変更に係る資格喪失の届出に際し、法第99条第2項の被扶養者であった被保険者に該当すること、法第50条第2号の規定により障害認定を受けていたこと又は令第14条第6項の規定により特定疾病認定を受けていたことの証明書の交付を受けようとする被保険者は、後期高齢者医療認定等証明書交付申請書（様式第37号）により広域連合長に申請しなければならない。

2 広域連合長は、前項の規定による申請を受理したときは、後期高齢者医療認定等証明書（様式第38号）を申請者に交付するものとする。

（負担区分等証明書の申請）

第36条 住所の変更に係る資格喪失の届出に際し、負担区分等（法第67条第1項に規定する一部負担金の負担区分及び令第15条に規定する高額療養費算定基準額の区分をいう。以下同じ。）の証明書の交付を受けようとする被保険者は、後期高齢者医療負担区分等証明申請書（様式第39号）により広域連合長に申請しなければならない。

2 広域連合長は、前項の規定による申請を受理したときは、後期高齢者医療負担区分等証明書（様式第40号）を申請者に交付するものとする。

(申請等)

第37条 第19条から第23条まで、第29条及び第30条の規定による申請は、その事実が生じた日後速やかに行わなければならない。

2 前項の申請には、被保険者証等を添えなければならない。

(その他)

第38条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

(過料)

第39条 広域連合長は、条例第25条から第28条までの過料を科するときは、過料決定通知書によりその旨を通知し、納付書によりこれを徴収する。

2 前項の過料の納付の督促は、督促状の発付により行う。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成20年4月1日から施行する。

(平成20年度における被保険者証の更新の特例)

2 平成20年度においては、第8条第1項の規定にかかわらず、被保険者証の更新は行わない。ただし、一部負担金の負担区分の変更がある被保険者の被保険者証は負担区分を変更し交付するものとする。

3 前項ただし書の規定により被保険者証の交付があった者は、従前の被保険者証を返還しなければならない。この場合において、当該被保険者証を返還することができないときは、第6条及び第7条の規定を準用する。

(新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金の支給)

4 条例附則第25条の規定により傷病手当金の支給を受けようとする者は、後期高齢者医療傷病手当金申請書(様式第25-2号、様式第25-3号、様式第25-4号及び様式第25-5号)を広域連合長に提出しなければならない。

5 前項の規定による申請については、第24条及び第37条の規定を準用する。

6 広島県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例の一部を改正する条例(令和2年広島県後期高齢者医療広域連合条例第4号)附則第2項に規定する規則で定める日は、令和5年5月7日以前に新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等で、療養のために労務に服することができない期間の終了日とする。

附 則(平成20年9月26日規則第9号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成22年3月29日規則第1号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成26年3月31日規則第3号）

この規則は、平成26年6月1日から施行する。

附 則（平成27年12月4日規則第3号）

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

附 則（平成28年2月25日規則第1号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成29年3月24日規則第1号）

この規則は、平成29年4月1日から施行する。

附 則（平成30年3月29日規則第5号）

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

附 則（平成30年6月12日規則第8号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成30年8月1日から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。

（準備行為）

- 2 この規則による改正後の広島県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する規則（以下「新規則」という。）第16条に規定する申請については、この規則の施行前においても、新規則第16条第1項及び様式第19号の例により行うことができる。

附 則（平成30年7月31日規則第9号）

この規則は、平成30年8月1日から施行する。

附 則（平成30年9月3日規則第10号）

この規則は、公布の日から施行し、この規則による改正後の広島県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する規則の規定は、平成30年7月5日から適用する。

附 則（平成30年11月6日規則第12号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成31年2月7日規則第3号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成31年3月27日規則第4号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和元年7月31日規則第2号）

この規則は、令和元年8月1日から施行する。

附 則（令和2年4月24日規則第2号）

この規則は、令和2年5月1日から施行する。

附 則（令和2年9月14日規則第3号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和2年12月16日規則第4号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和3年3月22日規則第2号）

この規則は、令和3年4月1日から施行する。

附 則（令和3年5月17日規則第3号）

この規則は、公布の日から施行し、令和3年4月1日から適用する。

附 則（令和3年6月28日規則第4号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和3年9月22日規則第5号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和3年12月7日規則第6号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和4年2月15日規則第1号）

この規則は、令和4年4月1日から施行する。

附 則（令和4年3月30日規則第3号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和4年6月10日規則第4号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和4年9月20日規則第6号）

この規則は、令和4年10月1日から施行する。

附 則（令和4年12月13日規則第10号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和5年3月2日規則第1号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和5年4月26日規則第7号）

この規則は、公布の日から施行する。

様式第2号（第2条関係）

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療障害認定申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第8条第1項に基づく障害認定申請については、下記の理由により却下しましたので通知します。

氏 名	
却下年月日	年 月 日
却下理由	

不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問合せ先

様式第3号（第3条関係）

後期高齢者医療障害認定撤回申請書

太枠の中を記入してください。

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号		<input checked="" type="checkbox"/> 障害認定撤回
(フリガナ) 氏名	-----			
生年月日	年 月 日			確認項目 <input type="checkbox"/> 外国人区分 有 <input type="checkbox"/> 住所地特例 有 <input type="checkbox"/> 減額認定証 有 <input type="checkbox"/> 特定疾病証 有 <input type="checkbox"/> 証交付 有
住所				
認定撤回の理由				
撤回年月日（注）	年 月 日			
広島県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり、法第50条第2号の障害認定の撤回を申請します。 年 月 日				

（注）被保険者資格喪失日は、撤回年月日の翌日です。

被保険者証回収日	年 月 日	(備考)
システム入力者	システム確認者	

※広域連合決裁欄（以下は、記入しないでください）

課長	係長	係員

市区町受付印

様式第4号(第3条関係)

後期高齢者医療被保険者資格喪失証明書	
被保険者氏名	
生 年 月 日	
被保険者住所	
資 格 喪 失 日	年 月 日
資格喪失の理由	
被保険者番号	
保 険 者 番 号	
保険者の名称 及び所在地	広島県後期高齢者医療広域連合 広島県広島市中区東白島町19番49号
上記の者の被保険者資格喪失について証明します。	
年 月 日	
広島県後期高齢者医療広域連合長	
印	

様式第5号（第4条関係）

後期高齢者医療被保険者資格異動届出書

太枠の中を記入してください。

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

世帯番号		宛名番号		被保険者番号		異動事由 (資格取得) <input type="checkbox"/> 生保非該当 <input type="checkbox"/> 支援給付対象外 <input type="checkbox"/> 転入（県内・県外） <input type="checkbox"/> 入国 <input type="checkbox"/> 他広域住所地特例解除 <input type="checkbox"/> その他 () (資格喪失) <input type="checkbox"/> 生保該当 <input type="checkbox"/> 支援給付受給 <input type="checkbox"/> 転出（県内・県外） <input type="checkbox"/> 出国 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 有期認定期限切れ <input type="checkbox"/> 障害状態不該当 <input type="checkbox"/> 他広域住所地特例該当 <input type="checkbox"/> その他 () (その他異動) <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 氏名・通称名変更 <input type="checkbox"/> 世帯合併 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 世帯変更 <input type="checkbox"/> 世帯主変更 <input type="checkbox"/> その他 ()
異動前						
個人番号						
(フリガナ) 氏名		異動前				
生年月日		年 月 日				
住所 (施設名及び施設所在地)		異動前				
異動事由				確認項目 <input type="checkbox"/> 負担区分証明書 <input type="checkbox"/> 認定証明書 <input type="checkbox"/> 外国人区分 有 ↳ <input type="checkbox"/> 特定活動(医療・観光) ↳ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 住所地特例 有 <input type="checkbox"/> 減額認定証 有 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 有 <input type="checkbox"/> 特定疾病証 有 <input type="checkbox"/> 基準収入額 有 <input type="checkbox"/> 証交付 有 <input type="checkbox"/> 送付先変更 有 <input type="checkbox"/> 社保扶養 有 (年 月迄)		
異動年月日		年 月 日				
広島県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり、届け出ます。 年 月 日						
被保険者証送付日		年 月 日		被保険者証を受領しました。 (サイン)		
被保険者証回収日		年 月 日				
システム入力者		システム確認者		確認書類 免許証・その他 ()		
備考欄				(市区町受付印)		

様式第8号（第10条関係）

広島県広域→他広域

後期高齢者医療住所地特例（該当・非該当）届出書

太枠の中を記入してください。

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

世帯番号	宛名番号	被保険者番号	
	住登外		
異動前	住基・外登	使用しない被保険者番号	

個人番号				異動事由	
(フリガナ) 氏名		-----		<input type="checkbox"/> 住所地特例該当 高確法第55条 <input type="checkbox"/> 第1号 <input type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 第3号 <input type="checkbox"/> 第4号 <input type="checkbox"/> 第5号 高確法第55条の2 <input type="checkbox"/> 第1号 <input type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 住所地特例非該当	
生年月日		年 月 日			
住所 (施設名及び 施設所在地)		異動前		確認項目	
(扶養義務者等 任意) 連絡先	氏名			<input type="checkbox"/> 減額認定証 有 <input type="checkbox"/> 特定疾病証 有 <input type="checkbox"/> 基準収入額 有 <input type="checkbox"/> 証交付 有 <input type="checkbox"/> 送付先変更 有 <input type="checkbox"/> 負担区分変更 有	
	住所				
	電話番号			福祉医療制度 ※福祉医療制度があれば記載する。	
異動年月日		年 月 日			

広島県後期高齢者医療広域連合長 様	
上記のとおり、届け出ます。	
年 月 日	

被保険者証送付日	年 月 日	被保険者証を受領しました。 (サイン)	
被保険者証回収日	年 月 日		
システム入力者	システム確認者	確認書類 免許証・その他 ()	

(備考)	市区町受付印
------	--------

様式第9号（第11条関係）

後期高齢者医療被扶養者届出書

太枠の中を記入してください。

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

		被保険者番号	
(フリガナ) 氏名	-----		
生年月日	年 月 日		
住所 (施設名及び施設所在地)			
資格取得日の前日の医療保険の加入状況	被保険者又は組合員の氏名		
	被保険者又は組合員の住所		
	被保険者証又は組合員証の記号番号	本人・扶養の区分	被扶養者
	資格喪失年月日	年 月 日	
	保険者の名称		
	保険者番号		
	保険者の電話番号		
広島県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり、資格取得日の前日に被用者保険の被扶養者であったので、届け出ます。 年 月 日			

システム入力者		システム確認者		
(備考)				(市区町受付印)

後期高齢者医療基準収入額適用申請書

太枠の中を記入してください。

届出者名		本人との関係		
届出者住所		連絡先電話番号		
住 所				
電 話 番 号				
被 保 険 者 番 号				
個 人 番 号				
フ リ ガ ナ				
氏 名				
生 年 月 日				
年 中 の 収 入	公 的 年 金 (老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等)	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	給 与 (パート収入等含む)	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	年 金 ・ 給 与 以 外 の 収 入 () 収 入	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	合 計	_____ 円	_____ 円	_____ 円
<p>(注)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、本人及び同じ世帯におられる後期高齢者医療の被保険者の方は、それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けて記入してください。 ※なお、世帯に本人以外の後期高齢者医療の被保険者の方がいない場合であって、かつ、70歳から74歳の方が世帯内にいる場合には、70歳から74歳の方についても記入してください。 ・収入額は全て記入してください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入（障害又は遺族に係る年金恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等）は、除きます。 ・公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し、公的年金及び給与収入額が確認できる所得（課税）証明書等を添付してください。 <p>ただし、1月1日において当市（区町）に住所がある方の公的年金収入の場合については、添付書類は不要です。なお、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入については、添付不要です。</p>				
<p>広島県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の負担区分判定に係る収入額を申請します。 なお、上記の世帯の75歳以上の世帯員（65歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている世帯員を含む。）及び必要な際には、70歳以上の世帯員の収入額について、課税資料により調査確認されることに同意します。 また、これらの申請をすること及び確認をされることについては、上記の世帯の世帯員の同意を得ています。</p> <p>年 月 日</p>				

様式第11号（第12条関係）

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療基準収入額適用申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行令第7条第3項に基づく基準収入額適用申請については、下記の理由により却下しましたので通知します。

被保険者番号	
氏 名	
却下年月日	年 月 日
却下理由	

不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問合せ先

様式第12号（第13条関係）

後期高齢者医療一部負担金減免及び徴収猶予申請書

太枠の中を記入してください。

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号				
被 保 険 者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	住所			
傷病名				
発病又は負傷年月日	年	月	日	
減免等種類				
申請の理由				
広島県後期高齢者医療広域連合長 様				
上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の一部負担金の減免（徴収猶予）を申請します。 なお、上記の世帯の世帯員の市町村民税課税台帳及び課税資料を調査確認されることに同意します。また、これらの確認をされることについては、上記の世帯の世帯員の同意を得ています。				
年	月	日	市区町受付印	

後期高齢者医療一部負担金（減免・免除・徴収猶予）証明書

被保険者番号												
被 保 険 者	住所											
	氏名											
	生年月日	年 月 日										
減 額												
有 効 期 限	自	年 月 日										
	至	年 月 日										
<p>上記のとおり、後期高齢者医療一部負担金の（減免・免除・徴収猶予）を行っている者であることを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
広島県後期高齢者医療広域連合長												

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療一部負担金減免等申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第33条第2項に基づく一部負担金の減免及び徴収猶予申請については、下記の理由により却下しましたので通知します。

被保険者番号	
氏名	
却下年月日	年 月 日
却下理由	

不服申立て及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問合せ先

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療一部負担金減免等取消通知書

高齢者の医療の確保に関する法律第69条に基づく一部負担金の減免及び徴収猶予については、下記の理由により取り消しましたので通知します。

被保険者番号	
氏名	
取消年月日	年 月 日
取消理由	

不服申立て及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問合せ先

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療一部負担金返還請求書

高齢者の医療の確保に関する法律第69条に基づき一部負担金の減免及び徴収猶予を受けた下記一部負担金を、次の理由により返還してください。

被保険者番号	
氏名	
返還金額	
返還期限	年 月 日
返還理由	

不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問合せ先

様式第17号（第15条関係）

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

太枠の中を記入してください。

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号	
被保険者	(フリガナ) 氏名		
	生年月日	年	月 日
	住所		
疾病の名称 (□に✓を付ける。)	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）		
(注) 医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 医療機関名称 所在地 医師名		
広島県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療特定疾病療養受療証の交付を申請します。 年 月 日			

(注)特定疾病にかかっていることを証明できる書類等があれば、医師の意見欄へ記入する必要はありません。

証送付年月日		年 月 日	証を受領しました。 (サイン)
システム入力者		システム確認者	確認書類 免許証・その他 ()
(備考)			医師の意見以外の確認書類 <input type="checkbox"/> 認定等証明書 () <input type="checkbox"/> 特定疾病証 ()

市区町受付印

様式第18号（第15条関係）

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療特定疾病認定申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第62条第1項に基づく特定疾病認定申請については、下記の理由により却下しましたので通知します。

被保険者番号	
氏 名	
却下年月日	年 月 日
却下理由	

不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問合せ先

年度分

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書 兼 入院日数届書
 後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

太枠の中を記入してください。

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号	
被保険者	(フリガナ) 氏名		
	生年月日	年	月 日
	住所		
保険者番号		3 9 3 4	
長期入院	該当 ※該当する場合○をしてください	証発行	不要 ※不要の場合○をしてください

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。		入院日数合計（ 日間）	
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）	
	入院した保険医療機関等	名称	
		所在地	

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

証送付日	年 月 日	証を受領しました。(サイン)	
システム入力者	システム確認者	確認書類 免許証・その他 ()	
(備考)			市区町受付印

※標準負担額が減額されるのは住民税非課税世帯のみです。

様式第20号(第16条関係)

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第67条第2項に基づく限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請については、下記の理由により却下しましたので通知します。

被保険者番号	
氏 名	
却下年月日	年 月 日
却下理由	

不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問合せ先

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第66条の2第2項に基づく限度額適用認定証交付申請については、下記の理由により却下しましたので通知します。

被保険者番号	
氏 名	
却下年月日	年 月 日
却下理由	

不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長)として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問合せ先

様式第21号（第17条関係）

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の返還通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第67条第3項に基づき減額認定証の返還対象者となりましたのでお知らせします。

被保険者番号	
氏 名	

不服申立て及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問合せ先

様式第21-2号(第17条関係)

(表面)

非課税世帯(区分Ⅰ・区分Ⅱ)→課税世帯交付用

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の返還通知書

あなたは住民税非課税世帯ではなくなったため、現在お持ちの減額認定証を、〇〇市〇〇課へ返還してください。

なお、既に減額認定証を提示して医療機関等に受診されている場合には、後日、医療費の差額の返還をお願いする場合がありますので御了承ください。

記

被保険者番号	
氏名	
非該当となる日	年 月 日
非該当となった理由	住民税非課税世帯ではなくなったため

不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長)として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

【お問合せ・返還先】

様式第21-3号(第17条関係)

区分Ⅰ→区分Ⅱ変更者への交付用

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の返還通知及び
新たな減額認定証の交付について

この度、あなたの負担区分が変更され「区分Ⅱ」の該当となりましたので、新たな減額認定証を交付します。受診の際には医療機関へ新たな減額認定証を提示してください。

現在お持ちの「区分Ⅰ」の減額認定証は〇〇市〇〇課へ返還してください。

なお、既に「区分Ⅰ」の減額認定証を提示して医療機関等に受診されている場合には、後日、医療費の差額の返還をお願いする場合がありますので御了承ください。

記

被保険者番号	
氏名	
区分Ⅰ→区分Ⅱとなる日	年 月 日
変更となった理由	あなたを含む同一世帯員の収入が一定基準を超えたため

※過去12か月の間に、入院日数が90日を超えた場合(詳しくは裏面を参照してください。)は、入院時の食費が更に減額される長期入院該当の認定証を申請により交付します。90日を超えた方は〇〇市〇〇課で手続きをお願いします。

不服申立て及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長)として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

【お問合せ・返還先】

様式第21-4号（第17条関係）

区分Ⅱ→区分Ⅰ変更者への交付用

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の返還通知及び
新たな減額認定証の交付について

この度、あなたの負担区分が変更され「区分Ⅰ」の該当となりましたので、新たな減額認定証を交付します。受診の際には医療機関へ新たな減額認定証を提示してください。

現在お持ちの「区分Ⅱ」の減額認定証は〇〇市〇〇課へ返還してください。

なお、既に「区分Ⅱ」の減額認定証を提示して医療機関等に受診されている場合には、お支払された食事代の差額について返還申請ができる場合がありますので、領収書・印鑑・振込先口座の分かるものをもって〇〇市〇〇課へ御相談ください。

記

被保険者番号	
氏名	
区分Ⅱ→区分Ⅰとなる日	年 月 日
変更となった理由	あなたを含む同一世帯員の収入が一定基準未満のため

不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

【お問合せ・返還先】

様式第21-5号(第17条関係)

区分Ⅱ → 区分Ⅱ長期変更者への交付用

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の返還通知及び
新たな減額認定証の交付について

この度、あなたの負担区分が変更され「区分Ⅱ長期」の該当となりましたので、新たな減額認定証を交付します。受診の際には医療機関へ新たな減額認定証を提示してください。現在お持ちの「区分Ⅱ」の減額認定証は〇〇市〇〇課へ返還してください。

記

被保険者番号	
氏名	
区分Ⅱ→区分Ⅱ長期となる日	年 月 日
変更となった理由	区分Ⅱ認定入院期間が90日を超えたことを診療報酬明細書により確認できたため

不服申立て及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

【お問合せ・返還先】

様式第21-6号(第17条関係)

(現役Ⅰ・現役Ⅱ)→現役Ⅲ

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療限度額適用認定証の返還通知書

この度、あなたの負担区分が変更され後期高齢者医療限度額適用認定証の対象ではなくなったため、現在お持ちの限度額適用認定証を、〇〇市〇〇課へ返還してください。

なお、既に限度額適用認定証を提示して医療機関等に受診されている場合には、後日、医療費の差額の返還をお願いする場合がありますので御了承ください。

記

被保険者番号	
氏名	
非該当となる日	年 月 日
非該当となった理由	あなたを含む同一世帯員の収入が一定基準を超えたため

不服申立て及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長)として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

【お問合せ・返還先】

様式第21-7号(第17条関係)

(現役Ⅰ・現役Ⅱ)→一般課

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療限度額適用認定証の返還通知書

この度、あなたの負担区分が変更され限度額適用認定証の対象ではなくなったため、現在お持ちの限度額適用認定証を、〇〇市〇〇課へ返還してください。

記

被保険者番号	
氏名	
非該当となる日	年 月 日
非該当となった理由	あなたを含む同一世帯員の収入が一定基準未満で住民税課税世帯のため

不服申立て及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長)として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

【お問合せ・返還先】

様式第21-8号(第17条関係)

現役Ⅰ→現役Ⅱ変更者への交付用

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療限度額適用認定証の返還通知及び
新たな限度額適用認定証の交付について

この度、あなたの負担区分が変更され「現役Ⅱ」の該当となりましたので、新たな限度額適用認定証を交付します。受診の際には医療機関へ新たな限度額適用認定証を提示してください。

現在お持ちの「現役Ⅰ」の限度額適用認定証は〇〇市〇〇課へ返還してください。

なお、既に「現役Ⅰ」の限度額適用認定証を提示して医療機関等に受診されている場合には、後日、医療費の差額の返還をお願いする場合がありますので御了承ください。

記

被保険者番号	
氏 名	
現役Ⅰ→現役Ⅱとなる日	年 月 日
変更となった理由	あなたを含む同一世帯員の収入が一定基準を超えたため

不服申立て及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

【お問合せ・返還先】

様式第21-9号(第17条関係)

現役Ⅱ→現役Ⅰ変更者への交付用

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療限度額適用認定証の返還通知及び
新たな限度額適用認定証の交付について

この度、あなたの負担区分が変更され「現役Ⅰ」の該当となりましたので、新たな限度額適用認定証を交付します。受診の際には医療機関へ新たな限度額適用認定証を提示してください。

現在お持ちの「現役Ⅱ」の限度額適用認定証は〇〇市〇〇課へ返還してください。

記

被保険者番号	
氏名	
現役Ⅱ→現役Ⅰとなる日	年 月 日
変更となった理由	あなたを含む同一世帯員の収入が一定基準未満のため

不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長)として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

【お問合せ・返還先】

様式第21-10号(第17条関係)

(現役Ⅰ、Ⅱ)→(区分Ⅰ、Ⅱ、Ⅱ長期)

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療限度額適用認定証の返還通知及び
後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の交付について

この度、あなたの負担区分が変更され「区分〇」の該当となりましたので、新たな限度額適用・標準負担額減額認定証を交付します。受診の際には医療機関へ新たな限度額適用・標準負担額減額認定証を提示してください。

現在お持ちの「現役〇」の限度額適用認定証は〇〇市〇〇課へ返還してください。

記

被保険者番号	
氏名	
現役〇→区分〇となる日	年 月 日
変更となった理由	あなたを含む同一世帯員が住民税非課税のため

不服申立て及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長)として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

【お問合せ・返還先】

様式第21-11号(第17条関係)

(区分Ⅰ、Ⅱ、Ⅱ長期) → (現役Ⅰ、Ⅱ)

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額認定証の返還通知及び
後期高齢者医療限度額適用認定証の交付について

この度、あなたの負担区分が変更され「現役〇」の該当となりましたので、新たな限度額適用認定証を交付します。受診の際には医療機関へ新たな限度額適用認定証を提示してください。

現在お持ちの「区分〇」の限度額適用・標準負担額減額認定証は〇〇市〇〇課へ返還してください。

なお、既に「区分〇」の限度額適用・標準負担額減額認定証を提示して医療機関等に受診されている場合には、後日、医療費の差額の返還をお願いする場合がありますので御了承ください。

記

被保険者番号	
氏名	
区分〇→現役〇となる日	年 月 日
変更となった理由	あなたを含む同一世帯員の収入が一定基準未満で住民税課税世帯のため

不服申立て及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

【お問合せ・返還先】

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療限度額適用認定証の返還通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第66条の2第3項に基づき限度額適用認定証の返還対象者となりましたのでお知らせします。

被保険者番号	
氏 名	

不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問合せ先

様式第21-13号(第17条関係)

(現役Ⅰ、Ⅱ)→(区分Ⅰ、Ⅱ、Ⅱ長期)

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療限度額適用認定証の返還通知及び後期高齢者医療
限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請の勧奨について

この度、あなたの負担区分が変更され「区分〇」の該当となりましたので、現在お持ちの「現役〇」の限度額適用認定証は〇〇市〇〇課へ返還してください。

また、「区分〇」の後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の交付には改めて申請が必要となります。

記

被保険者番号	
氏 名	
変更〇→区分〇となる日	年 月 日
変更となった理由	あなたを含む同一世帯員が住民税非課税のため

不服申立て及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長)として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

【お問合せ・返還先】

様式第21-14号(第17条関係)

(区分Ⅰ、Ⅱ、Ⅱ長期) → (現役Ⅰ、Ⅱ)

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額認定証の返還通知及び
後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請の勧奨について

この度、あなたの負担区分が変更され「現役〇」の該当となりましたので、現在お持ちの「区分〇」の限度額適用・標準負担額減額認定証は〇〇市〇〇課へ返還してください。また、「現役〇」の後期高齢者医療限度額適用認定証の交付には改めて申請が必要となります。

なお、既に「区分〇」の限度額適用・標準負担額減額認定証を提示して医療機関等に受診されている場合には、後日、医療費の差額の返還をお願いする場合がありますので御了承ください。

記

被保険者番号	
氏 名	
区分〇→現役〇となる日	年 月 日
変更となった理由	あなたを含む同一世帯員の収入が一定基準未満で住民税課税世帯のため

不服申立て及び取消訴訟

この区分に不服があるときは、この区分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この区分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でない限り提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は区分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

【お問合せ・返還先】

様式第23号（第20条関係）

後期高齢者医療 療養費支給申請書

受付時使用欄	
受付日	年 月 日
決定日	年 月 日
システム入力者	システム確認者 (添付書類確認者)

※必要事項を記載し、該当するものに○を付けてください。

保険者番号	3	9	3	4			受 療 け 養 た を	被保険者氏名		
被保険者番号								生年月日	年 月 日	
公費負担者番号								入外区分	入 院 ・ 外 来	
公費受給者番号								負担区分	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	
診療年月	年 月						診 療 期 間	年 月 日 から		
診療日数			日					年 月 日 まで		

種類	補装具・一般診療（ ）・その他（ ）				
傷病名及び その原因			第三者の行為に よるものですか	はい・いいえ・不明	
			支給申請をした理由		
診療を受けた医療機 関等の所在地					
診療を受けた医療機 関等の名称					

療養に要した費用額								医 療 機 関 コ ー ド	
審査認定額								-	-
一部負担金									
支給金額									

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は（ ）内に記載してください。

振込先	銀 金 組 農	行 庫 合 協	本 店 支 店 （ ）	預 金 種 別	普 通 当 座 （ ）
			金融機関コード	支店コード	
口座番号(右詰)			記号・番号		
※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。 ※ゆうちょ銀行で口座番号不明のときには必ず記入してください。					
カタカナで上段より左詰で記入してください。濁点・半濁点は1字とし、姓と名の間は1マス空けてください。					
口座名義人 (カタカナ)					

上記のとおり、関係書類を添えて療養費の支給を申請します。

年 月 日

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者の住所・氏名等
(〒 -)
住所 _____

氏名 _____ 被保険者
との関係 _____

電話番号 _____

高額療養費(外来年間合算)支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	年度	申請区分	1.新規	2.変更	3.取下げ	支給申請書整理番号	口座管理番号	振込先口座管理番号	受付日	年	月	日
フリガナ	被保険者氏名	生年月日	年 月 日			個人番号	計算期間の 始期及び終期	システム 入力者	システム 確認者			
(基準日 格情報 者)	種別	保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	続柄	保険者名称	計算期間内の加入期間					
	国民健康保険				1.世帯主 2.被制世帯主 3.世帯員		年 月 日から 年 月 日まで					
(基準日 格情報 者)	種別	広域連合番号	保険者番号	被保険者番号(後期高齢者医療)		広域連合名称	計算期間内の加入期間					
	後期高齢者医療	39340005				広島県後期高齢者医療広域連合	年 月 日から 年 月 日まで					
振込先 情報	銀行	支店	金融機関コード	本店	支店	店舗コード	種目	口座番号(右詰で記入)	フリガナ			
	※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください	記号・番号		支店	出張所		1.普通預金 2.当座預金 9.その他	※記号・番号はゆうちょ銀行で口座番号不明の場合記入	氏名(漢字)			
保険者 加入歴 ※1	保険者名	計算期間内の加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号				住所				
	1	年 月 日から 年 月 日まで					※住所は口座名義人が申請者と異なる場合に記入					
	2	年 月 日から 年 月 日まで					備考欄					
<p>※1 記入する保険者加入歴において、ご自身が被用者保険の「被扶養者」や国民健康保険の「世帯員」であった場合、「備考欄」に加入時の「被保険者」、「世帯主」の氏名、生年月日、現住所を記入してください。</p> <p>広島県後期高齢者医療広域連合長 様 市・区・町・村 長 様 年 月 日</p> <p>1 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①②のいずれも丸で囲んでください。 高額療養費(外来年間合算)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。 郵便番号 -</p> <p>① 上記対象者について、高額療養費(外来年間合算)の支給を申請します。また、次のア〜ウに同意します。 住 所</p> <p>ア 月間の高額療養費が発生した場合、届出の口座に振り込まれること</p> <p>イ 高額療養費支給決定後、医療費に変更があった等の理由により支給額が変更となった場合には、その後の高額療養費で調整されること</p> <p>ウ 県または市町村による福祉医療期制度の利用に伴い、高額療養費が発生した場合には、助成額分による高額療養費の全部または一部を県または市町村が受領すること</p> <p>申請者氏名</p> <p>② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。</p> <p>2 本申請書をもって、保険者加入歴(※1)に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。 はい / いいえ 電話番号 () -</p>												
委任状	高額療養費の申請に関する権限について、申請者に委任します。				高額療養費の受領に関する権限について、口座名義人に委任します。				※申請または振込口座を本人以外とする場合は、左記に記入してください。			
	委任者氏名				委任者氏名							

記入上の注意事項等

1. 高額療養費(外来年間合算)支給申請について

- 医療保険の1年間の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合にその超えた額が高額療養費(外来年間合算)として支給されます。
- 各資格情報欄については、申請対象年度末日(記載年の7月末日)に加入する医療保険の資格情報を記入してください。
- 国民健康保険資格情報の続柄欄、「2.被制世帯主」とは世帯員が国保の被保険者であるが、世帯主は国保の加入者ではない場合を指します。
- 計算期間の始期及び終期の間に加入する医療保険に変更があった場合、保険者加入歴欄に以前に加入していた医療保険の保険者名称(広域連合名称)と加入期間を記入し、また同保険者(広域連合)加入時の自己負担額証明書を添付する場合には同証明書整理番号を記入してください。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記入してください。なお、申請対象年度末日に加入している医療保険については、当該保険者加入歴欄への記入は不要です。
- 備考欄には、以下の内容を記入してください。
 - 死亡・海外移住・生保適用等により計算期間の途中に被保険者資格を喪失した者(ただし、介護保険適用除外施設入所・他保険者への転出による資格喪失者を除く)
 - 被保険者資格を喪失した年月日、被保険者資格を喪失した事由
 - 保険者加入歴において、被用者保険の被扶養者や国民健康保険の世帯員であった者
 - 加入時の被保険者又は世帯主の氏名、生年月日、現住所
 - 被保険者本人の記入が困難で、代筆する場合
 - 代筆者の住所、氏名、申請者(被保険者)との続柄
- 国民健康保険における高額療養費(外来年間合算)は、世帯主・世帯員の支給合計額が世帯主(被制世帯主)の口座に振り込まれることとなりますので、ご了承ください。
- 保険者加入歴に記載のある他の保険者に対して支給申請する場合は、2の「はい」を丸で囲んでいただき、個人番号及び保険者加入歴欄を必ず記載してください。他の保険者に対して支給申請しない場合は、2の「いいえ」を丸で囲んでください。

2. 自己負担額証明書交付申請について

- 自己負担額証明書の交付を申請する場合、必ず同じ市町村の保険者番号を記入して下さい(2以上の市町村の保険者番号を記入しないでください)。
- 各医療保険資格情報ごとに、複数保険者分の自己負担額証明書が必要である場合、それぞれの保険者へ申請する必要があります。

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	令和 年度	申請区分	1.新規 2.変更 3.取下げ	支給申請書整理番号	口座管理番号	届込先口座管理番号	受付日	年 月 日
フリガナ	被保険者氏名			生年月日	個人番号	システム入力者 システム確認者		
資格情報 (基準日保険者)	種別	保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	続柄	保険者名称	計算期間内の加入期間	
	国民健康保険				1.世帯主 2.届出世帯主 3.世帯員		年 月 日から 年 月 日まで	
	種別	広域連合番号	保険者番号	被保険者番号(後期高齢者医療)		広域連合名称	計算期間内の加入期間	
後期高齢者医療	39340005				広島県後期高齢者医療広域連合	年 月 日から 年 月 日まで		
種別	保険者番号(介護保険)		被保険者番号(介護保険)		保険者名称(介護保険)		計算期間内の加入期間	
介護保険							年 月 日から 年 月 日まで	
届込先情報	銀行	金融機関コード	本店	支店	店種コード	種目	口座番号(右詰で記入)	フリガナ
	記号・番号		()			1.普通預金 2.当座預金 9.その他		氏名(漢字)
保険者加入歴	保険者名	計算期間内の加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号		住所		
	1		年 月 日から 年 月 日まで			※住所は口座名義人と申請者と異なる場合に記入		
	2		年 月 日から 年 月 日まで			備考欄		
広島県後期高齢者医療広域連合 長 様 市・区・町・村 長 様 令和 年 月 日 郵便番号 住所 1 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。 高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。 ① 上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給を申請します。 なお、市町が実施する福祉医療成功制度により助成を受けている場合で、この申請により支払われる高額介護合算療養費のうち、市町が負担している金額がある場合、その金額について市町長へ受領を委任し、その金額を除いた金額で支払を受けることに同意します。 ② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。 2 本申請書をもって、保険者加入歴(※1)に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。 はい / いいえ 電話番号 () - ※申請または届込口座を本人以外とする場合は左記に記名してください。								
委任状	高額介護合算療養費等の申請に関する権限について、申請者に委任します。 委任者氏名			高額介護合算療養費等の受領に関する権限について、口座名義人に委任します。 委任者氏名			※申請または届込口座を本人以外とする場合は左記に記名してください。 中目 中目	

※ 申請書は同一世帯に属する後期高齢者医療制度の被保険者ごとに必要になります。

記入上の注意事項等

- 高額介護合算療養費等支給申請について
 - 医療保険の自己負担額と介護保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)として支給されます。
 - 各資格情報欄については、申請対象年度末日(記載年の7月末日)に加入する医療保険(介護保険)の資格情報を記入してください。
 - 国民健康保険資格情報の続柄欄、「2.要介護世帯主」とは世帯員が関係の被保険者であるが、世帯主は関係の加入者ではない場合を指します。
 - 計算期間の始期及び終期の間に加入する医療保険(介護保険)に異変があった場合、保険者加入履歴に以前に加入していた医療保険(介護保険)の保険者名称(広域連合名称)と加入期間を記入し、また前保険者(広域連合)加入時の自己負担額証明書を添付する場合には別添証明番号等を記入してください。添付する別添証明書がない場合には、「添付なし」と記入してください。
 なお、申請対象年度末日に加入している医療保険(介護保険)については、当該保険者加入履歴への記入は不要です。
 - 備考欄には、以下の内容を記入してください。
 - 死亡・海外移住・生保運用等により計算期間中に被保険者資格を喪失した者(ただし、介護保険適用除外施設入所・他保険者への転出による資格喪失者を除く)
 - 被保険者資格を喪失した年月日、被保険者資格を喪失した事由
 - 被保険者本人の記入が困難で、代筆する場合
 - 代筆者の住所、氏名、申請者(被保険者)との続柄
 - 国民健康保険における高額介護合算療養費は、世帯主・世帯員の支給合計額が世帯主(届出世帯主)の口座に振り込まれることとなりますので、ご了承ください。
 - 2名を超える対象者を記入する場合等、複数枚に渡る場合があるよう、右下の頁順に全体の枚数と何枚目を記入してください。
 - 介護保険被保険者資格が交付されていない介護保険被保険者については、介護保険情報(保険者番号、被保険者番号、保険者の名称、加入期間)の記入は不要です。
 - 介護保険で給付制限を受けており、自己負担が3割となっている方については、その給付制限期間中は自己負担額が割として計算されることとなり、高額介護合算介護(予防)サービス費の支給ができない場合があります。
 - 保険者加入歴に記載のある他の保険者に対して支給申請する場合は、2の「はい」を丸で囲んでいただき、個人番号及び保険者加入履歴を必ず記載してください。
 他の保険者に対して支給申請しない場合は、2の「いいえ」を丸で囲んでください。
- 自己負担額証明書交付申請について
 - 自己負担額証明書の交付を申請する場合、必ず同じ市町村の保険者番号を記入して下さい(2以上の市町村の保険者番号を記入しないでください)。
 - 各医療保険(介護保険)資格情報ごとに、複数保険者分の自己負担額証明書が必要である場合、それぞれの保険者へ申請する必要があります。

保険者記入上の注意事項

- 複数枚に渡る支給申請の受付時において、右上の支給申請書整理番号には提出者単位で同一の番号を記入すること。
- 支給申請書整理番号は以下の番号体系とすること。
 「GYY(申請対象年度和暦、令和の場合、Gは「5」) + 保険者番号6桁(介護保険者の場合、先頭2桁を「99」とする) + 保険者が付する通し番号6桁(計17桁)
 なお、保険者が付する通し番号は、申請対象年度ごとに申請受付順に1から付番すること。

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書②（被保険者記入用）

被保険者氏名			
症状が出た日	年 月 日	帰国者・接触者相談センター への相談日 ※相談した場合に記入	年 月 日 (時 頃)
①医療機関の受診状況		1. 受診した 2. 受診していない	
①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に)			
③療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 〔新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり、感染が疑われる場合を含む)によらない休暇(土日祝含む)や勤務予定がなかった日は除く。〕	日
⑤	上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払いを受けましたか。 または、今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ	
⑥	⑤で「はい」と回答した場合、その給 与等の額と、その報酬支払の対象と なった(なる)期間をご記入ください。	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額:円) □□□□□□□□

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主 記入 欄	年 月 日
	上記③～⑥の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
担当者氏名	電話番号

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書③(事業主記入用)

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名													
①新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。												左記の事由による 無給休暇の日数	
年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15										日	
年 月		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											
年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15										日	
年 月		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											
②新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇(賃金が生じる)は=】、 【その他の休暇(賃金が生じない)は/】でそれぞれ表示してください。												賃金が生じた日数の計 (○、△、= の計)	
年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15										日	
年 月		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										日	
年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15										日	
年 月		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										日	
年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15										日	
年 月		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31										日	
②の期間に対して、賃金を支払いましたか？		1. はい		給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算		総 日		日	
		2. いいえ						支払日		1. 当月		日	
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。													
期間 区分		単価(円)		月 日 ~			月 日 ~			月 日 ~			
				月 日 分			月 日 分			月 日 分			
				(A)支給額(円)			(B)支給額(円)			(C)支給額(円)			
支給した賃金内訳		基本給											
		時給											
		手当											
		手当											
		手当											
		手当											
		現物給与											
計													
				賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)									円
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。													
年 月 日													
上記のとおり相違ないことを証明します。													
事業所所在地													
事業所名称													
事業主氏名													
担当者氏名								電話番号					

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書④（医療機関記入用）

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名																															
	傷病名											初診日	年 月 日																			
	発病年月日	年 月 日										発病の原因																				
	労務不能と認められた期間	年 月 日から											療養費用の種別																			
		年 月 日まで										うち、入院期間																				
	うち、入院期間	年 月 日から											転帰	<input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																		
		年 月 日まで										診療日及び入院していた日を○で囲んでください。		<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																		
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11	12	13	14	15	診療 実日数	日													
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25		26	27	28	29	30			31												
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日														
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日															
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31														
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等（詳しく）																																
															手術年月日	年 月 日																
															退院年月日	年 月 日																
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																
年 月 日																																
上記のとおり相違ありません。																																
医療機関の所在地																																
医療機関の名称																																
医師の氏名																				電話番号												

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療給付支給決定通知書

後期高齢者医療給付費の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 支給決定した
医療給付費
4. 根拠となる年月等
5. 支給金額
6. 振込予定日
7. 振込先金融機関
支店名
口座番号
口座名義人(カナ)

※振込予定日以降に入金がない場合は下記問合せ先へ御連絡ください。

◆問合せ先

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときは又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長)として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px; text-align: center;">後期高齢者医療給付支給決定通知書</div> <p>支給決定した 医療給付費</p> <hr/> <p>被保険者番号</p> <hr/> <p>被保険者氏名</p> <hr/> <p>根拠となる年月等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 40%; text-align: center;">年 月</td> </tr> </table> <p>支給金額</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> </table> <p>上記のとおり支給額を決定しましたので通知 します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">広島県後期高齢者医療広域連合長</p>		年 月			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">振込予定日</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>振込先金融機関名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支 店 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口 座 番 号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口座名義人(カナ)</td> <td></td> </tr> </table> <p>※振込予定日以降に入金がない場合 下記問合せ先 又は 広島県後期高齢者医療広域連合へ 御連絡ください。</p> <p>問合せ先</p> <p style="font-size: small;">この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の最終を起訴後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても最終がないときは処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、最終を経なくても提起できます。この訴えは、最終の返達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、最終の日から1年を経過すると訴えを提起できません。</p>	振込予定日	年 月 日	振込先金融機関名		支 店 名		口 座 番 号		口座名義人(カナ)	
	年 月														
振込予定日	年 月 日														
振込先金融機関名															
支 店 名															
口 座 番 号															
口座名義人(カナ)															

様式第27号(第24条関係)

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療給付支給申請却下通知書

年 月 日付けで申請のあった、後期高齢者医療給付費の支給については、下記のとおり却下しましたので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 却下した医療給付費
4. 却下理由

◆問合せ先

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときは処分等の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

第三者行為による被害届

被 保 険 者 (受 給 者)	保険種別	国保一般・退職本人・退職家族・後期高齢者・介護		
	証記号		証番号	被保険者番号
氏 名	フリガナ			
		生年月日	年	月 日生
住 所	〒 -			
		(電話) - -		
氏 名	フリガナ			
		生年月日	年	月 日生
住 所	〒 -			
		(電話) - -		
第 三 者	有・無	証明書番号		
	契約者 氏名	住所		
任 意	有・無	保険	証券番号	
	所有者 氏名	住所		
車 検 証	所有者 氏名	住所		
	使用者 氏名	住所		
	車両番号	車台番号		
事 故 概 要	届出 日時	年	月	日 午前 午後 時 分頃
	場所			
診 療	病院名	初診日	年 月 日	
		国保等診療開始日	年 月 日	
	病院名	初診日	年 月 日	
		国保等診療開始日	年 月 日	
	病院名	初診日	年 月 日	
		国保等診療開始日	年 月 日	
上記のとおり、届け出ます。 年 月 日 住所 広島県後期高齢者医療広域連合長 様 被保険者 氏名				

- (注) 1. この届は、国民健康保険の被保険者、後期高齢者医療の被保険者又は介護保険の被保険者が被害を受けた場合提出してください。
 2. 事故状況は、できるだけ詳細に記入してください。
 3. 後日調査の必要上、関係者の電話番号等は、できるだけ記入してください。

第三者行為による被害届 (交通事故以外)

被 保 険 者	被保険者証の 番 号		電話番号	()			
	被保険者名 (被害者名)		生年月日	年	月	日	
第 三 者 (加 害 者)	住 所		電話番号	()			
	氏 名		生年月日	年	月	日	
	加害者の 使用主等	住所		電話番号	()		
		氏名		生年月日	年	月	日
負 傷 概 要	負傷の日時	年 月 日 時 分頃					
	負傷の場所						
	発病の原因 又は負傷時 の 状 況						
	傷 病 名		今回の被害を受ける前の通院中外傷的傷病名 有()・無				
	病 院 名	①	(入院・外来)	自	年	月	日
				至	年	月	日
	②	(入院・外来)	自	年	月	日	
			至	年	月	日	
損害賠償金 の支払状況	交渉経過を記入してください 示談の状況 有・無 (○で囲む)						
保 険	有・無	保 険	証 券 番 号 等				
備 考							

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定により、上記のとおり、届け出ます。

年 月 日

被保険者 住所
(被害者)

氏名

電話番号

(あて先) 広島県後期高齢者医療広域連合長

- (注) 1 負傷の概要はできるだけ詳細に、また、加害者が不明の場合はその旨を記入してください。
 2 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に(例:○月○日見舞品をどれだけ受け取った、医療費等の費用はどちらで負担する等)を記入し、示談が成立したときは、示談書の写しを提出してください。
 3 後日調査の関係上、関係者の電話番号等は、できるだけ記入してください。

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療給付制限通知書

下記のとおり決定したので通知します。

記

1. 給付制限の内容

- 1) 被保険者番号
- 2) 被保険者氏名
- 3) 対象期間 年 月～ 年 月
- 4) 医療費
- 5) 給付制限金額
- 6) 給付制限通知理由

2. 制限の種類

- 1)
- 2)
- 3)

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問合せ先

年 月 日

後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者住所.....
 申請者氏名.....
 被保険者との関係.....

広島県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例第 1 7 条第 2 項の規定により、次のとおり後期高齢者医療保険料の徴収猶予を申請します。

申請内容に変更が生じた場合には、直ちにその旨を届け出ます。また、申請内容に相違があった場合には、この申請に基づいて行われる徴収猶予を取り消されても異議を申し立てません。

なお、私及び私の属する世帯の世帯員の市町村民税課税台帳、課税資料及び減免申請資料を調査確認されることに同意します。また、これらの確認をされることについては、私の属する世帯の世帯員の同意を得ています。

記

1 被保険者等

氏名カナ			
氏名			
住所			
被保険者番号		電話番号	
世帯主氏名			
世帯主住所			

2 保険料の額等

納期	保険料額	納期徴収猶予期間	備考
合計			

3 申請理由

※いづれ、どういった原因で、住宅などに著しい損害、収入が著しく減少などしたか、具体的に記載してください。

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療保険料徴収猶予決定通知書

さきに申請がありました 年度分保険料の徴収猶予については、
次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名			被保険者番号	
	年 月 日			
決 定 理 由				
納 期	保険料額	徴収猶予期間	備 考	
	円			
	円			
	円			
	円			
	円			
	円			
	円			
	円			
	円			
	円			
	円			
合計	円			

不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問合せ先

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療保険料徴収猶予却下通知書

さきに申請がありました 年度分保険料の徴収猶予については、
次のとおり却下しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
	年 月 日		
却下理由			
納期	保険料額	徴収猶予期間	備考
	円		
	円		
	円		
	円		
	円		
	円		
	円		
	円		
	円		
	円		
	円		
	円		
	円		
合計	円		

不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長)として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問合せ先

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療保険料減免決定通知書

年 月 日付けで申請のあった後期高齢者医療保険料減免申請につきましては、次のおり決定としたので通知します。

氏名		年度区分	年度
		被保険者番号	
決定年月日	年 月 日	決定減免額	円
減免前保険料額	円	減免後保険料額	円
減免理由			

不服申立て及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問合せ先

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療保険料減免却下通知書

年 月 日付けで申請のあった後期高齢者医療保険料減免申請につきましては、次のとおり却下としたので通知します。

氏名		年度区分	年度
		被保険者番号	
決定年月日	年 月 日	決定減免額	円
減免前保険料額	円	減免後保険料額	円
減免却下理由			

不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長)として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問合せ先

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療保険料減免却下通知書

年 月 日付けで申請のあった後期高齢者医療保険料減免申請につきましては、次のおり却下としたので通知します。

氏名		年度区分	年度
		被保険者番号	
決定年月日	年 月 日	決定減免額	円
減免前保険料額	円	減免後保険料額	円
減免却下理由			

不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長)として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問合せ先

年 月 日

様

広島県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療保険料減免取消通知書

年 月 日付けで申請のあった後期高齢者医療保険料減免申請につきましては、次のとおり取消しとしたので通知します。

氏名		年度区分	年度
		被保険者番号	
決定年月日	年 月 日	決定減免額	円
減免前保険料額	円	減免後保険料額	円
減 免 取 消 理 由			

不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、広島県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるときその他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、広島県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、広島県後期高齢者医療広域連合長)として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問合せ先

年度分 後期高齢者医療簡易申告書

広島県後期高齢者医療広域連合長 宛

年 月 日提出

この申告書は、後期高齢者医療保険料算定及び負担区分判定の基礎となります。

年1月1日から 年12月31日までの1年間の収入

氏名	(生年月日) 年 月 日	職業	
		電話	
現住所	(世帯主の氏名及び続柄)		

① 所得金額等

所得の種類	A収入金額	B必要経費 (専従者給与額・控除額を含む。)	C所得金額 (A-B)	備考
営業	円	円	円	
不動産	円	円	円	
農業	円	円	円	
専従者 控除		円		※営業、不動産、農業の 必要経費の内数
給与	円 ※1	円		※特定支出額がある場合 は必要経費に記入
専従者 給与	円			※給与収入額の内数
年金	円		円 ※1	※遺族年金・障害年金等 非課税年金を除く。
譲渡	円	円	円	※下記②欄に必要事項を 記入してください。
その他	円	円	円	
その他	円	円	円	
合計所得金額 ※1		円	所得金額調整控除額 ※1	円

※1 令和2年度以前は記入不要です。

② 譲渡所得に関する事項

資産の種類 (○印を付してください。)	左の資産を取得した年月日	譲渡した年月日	特別控除の特例等
1 土地建物等			交換買換・取用・居住用財産
2 その他の資産			その他 ()

様式第37号（第35条関係）

後期高齢者医療認定等証明書交付申請書

太枠の中を記入してください。

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

_____年 _____月 _____日に、_____（都・道・府・県）
の_____（市・区・町・村）に転出するので以下の者に係る後期高
齢者医療認定等証明書の交付を申請します。

後期高齢者医療被保険者番号	氏 名

証
明
の
内
容

- 高齢者の医療の確保に関する法律第99条第2項の被扶養者であった被保険者に該当する旨
- 高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の障害認定
- 高齢者の医療の確保に関する法律施行令第14条第6項の特定疾病認定

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

旧住所 広島県

新住所

証明書送付日	年 月 日	証明書を受領しました。 (サイン)
システム 入力者	システム 確認者	
(備考)		市区町受付印

様式第38号(第35条関係)

<p>第99条第2項の被扶養者であった被保険者に該当する旨の証明書 高齢者の医療の確保に関する法律 による障害認定証明書 による特定疾病認定証明書</p>									
被 保 険 者	住 所								
	氏 名								
	生 年 月 日								
認 定 (該 当) の 状 況	被 扶 養 者	被用者保険の被扶養者でなくなった日							
		被扶養者であった際の保険者の名称							
	障 害	認定年月日							
		障害の程度							
		認定の基礎となった書類							
	特 定 疾 病	認定年月日							
		疾病の名称							
		認定の基礎となった書類							
	<p>第99条第2項の被扶養者であった被保険者に該当する 上記のとおり、高齢者の医療の確保に関する法律 第50条第2号の障害認定を行った ことを証明する。 施行令第14条第6項の特定疾病認定を行った</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 2px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table></p> <p style="text-align: center;">広島県後期高齢者医療広域連合長</p>								

様式第39号（第36条関係）

後期高齢者医療負担区分等証明申請書

太枠の中を記入してください。

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

_____年 _____月 _____日に、_____（都・道・府・県）
の_____（市・区・町・村）に転出するので本人及び同一世帯の転
出する以下の者に係る後期高齢者医療制度負担区分等証明書の交付を申請します。

後期高齢者医療被保険者番号※	氏名

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

旧住所 広島県

新住所

※後期高齢者医療の被保険者のみ、「被保険者番号」を記入してください。

証明書送付日	年 月 日	証明証を受領しました。 (サイン)
システム入力者	システム確認者	
(備考)		市区町受付印

様式第40号 (第36条関係)

後期高齢者医療負担区分等証明書									
1	氏名						年 月 日		
	該当する負担区分	一定以上負担区分					減額区分		
		基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満Ⅱ	基準額未満Ⅰ	非課税	老福	基準額以下
	前年の12月31日現在の世帯にいる0歳以上16歳未満の世帯員						人	前年の12月31日現在の続柄	
	前年の12月31日現在の世帯にいる16歳以上19歳未満の世帯員						人		
2	氏名						年 月 日		
	該当する負担区分	一定以上負担区分					減額区分		
		基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満Ⅱ	基準額未満Ⅰ	非課税	老福	基準額以下
	前年の12月31日現在の世帯にいる0歳以上16歳未満の世帯員						人	前年の12月31日現在の続柄	
	前年の12月31日現在の世帯にいる16歳以上19歳未満の世帯員						人		
3	氏名						年 月 日		
	該当する負担区分	一定以上負担区分					減額区分		
		基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満Ⅱ	基準額未満Ⅰ	非課税	老福	基準額以下
	前年の12月31日現在の世帯にいる0歳以上16歳未満の世帯員						人	前年の12月31日現在の続柄	
	前年の12月31日現在の世帯にいる16歳以上19歳未満の世帯員						人		
4	氏名						年 月 日		
	該当する負担区分	一定以上負担区分					減額区分		
		基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満Ⅱ	基準額未満Ⅰ	非課税	老福	基準額以下
	前年の12月31日現在の世帯にいる0歳以上16歳未満の世帯員						人	前年の12月31日現在の続柄	
	前年の12月31日現在の世帯にいる16歳以上19歳未満の世帯員						人		
5	氏名						年 月 日		
	該当する負担区分	一定以上負担区分					減額区分		
		基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満Ⅱ	基準額未満Ⅰ	非課税	老福	基準額以下
	前年の12月31日現在の世帯にいる0歳以上16歳未満の世帯員						人	前年の12月31日現在の続柄	
	前年の12月31日現在の世帯にいる16歳以上19歳未満の世帯員						人		
上記のとおり負担区分等の判定を行ったことを証明する。									
年 月 日									
広島県後期高齢者医療広域連合長 印									