

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（以下「障害認定」という。）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めるときは、障害認定を行い、申請者に資格確認書を交付し、又は資格情報通知書による通知をするものとする。

3 広域連合長は、第1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該当しないことを認めるときは、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項の規定により障害認定を受けた者は、障害認定の申請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。

（資格確認書の交付等の申請等）

第5条 被保険者は、資格確認書の交付を受けようとするとき又は交付を受けた資格確認書に任意記載事項（次項に規定する事項をいう。以下この条において同じ。）の併記を求めるときは、後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書（様式第6号）に申請の理由及び任意記載事項のうち資格確認書に記載を求める事項を記載して、広域連合長に申請しなければならない。

2 施行規則第16条第1項第4号及び同条第4項第6号に規定する後期高齢者医療広域連合が定める事項は、次の事項とする。

(1) 施行規則第66条の2第1項又は第67条第1項に規定する自己負担限度額等の適用区分に係る情報

(2) 第15条第1項に規定する特定疾病区分に係る情報

3 広域連合長は、第1項の規定による申請書の提出を受け、資格確認書の交付又は任意記載事項の併記を必要と認めたときは資格確認書を交付し、資格確認書の交付又は任意記載事項の併記の必要がないと認めたときは後期高齢者医療資格確認書交付申請却下通知書（様式第6-2号）により申請者に通知するものとする。

4 前項の規定により交付した資格確認書の記載事項に変更が生じたときは、後期高齢者医療資格確認書の交付及び返還通知書（様式第6-3号）により被保険者に通知するとともに、資格確認書を交付するものとする。

5 既に資格確認書の交付を受けている被保険者は、前2項の規定により新たな資格確認書の交付を受けたときは、遅滞なく、従前の資格確認書を広域連合に返還しなければならない。

（資格確認書の検認又は更新）

第6条 広域連合長は、施行規則第18条第1項の規定による資格確認書の更新を毎年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、資格確認書の検認又は更新を随時行うことができる。

(資格情報通知書による通知)

第7条 広域連合長は、施行規則第20条第1項の規定による資格情報通知書による通知を毎年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、資格情報通知書による通知を随時行うことができる。

(資格確認書の再交付及び資格情報通知書による再通知)

第8条 被保険者は、資格確認書又は資格情報通知書（以下「資格確認書等」という。）を破り、汚し、又は失ったときは、後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書（様式第7号）により広域連合長に資格確認書の再交付又は資格情報通知書による再通知を申請することができる。

2 広域連合長は、前項の規定による申請書の提出を受けたときは、申請者に資格確認書を交付し、又は資格情報通知書による再通知をするものとする。

(資格確認書等の無効)

第9条 次のいずれかに該当する場合の資格確認書等は、これを無効とする。

- (1) 被保険者が資格を喪失したとき。
- (2) 資格確認書等を亡失し、又は損傷したことにより、資格確認書の再交付又は資格情報通知書による再通知を受けたとき。
- (3) 資格確認書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資格確認書等の記載内容に変更があったとき。
- (5) 資格確認書等の有効期限を経過したとき。

(個人番号カードの健康保険証利用登録解除の申請)

第9条の2 被保険者が個人番号カードの健康保険証利用登録の解除を求めるときは、後期高齢者医療個人番号カードの健康保険証利用登録の解除申請書（様式第8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たときは、個人番号カードの健康保険証利用登録を解除し、速やかに申請者に資格確認書を交付するものとする。

(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9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10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5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11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5項の規定に該当すると認めるときは、申請者に法第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資格確認書を交付し、又は資格情報通知書による通知をするものとする。

3 広域連合長は、令第7条第5項の規定に該当しないと認めるときは、後期高齢者医療基準収入額適用申請却下通知書(様式第11-2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る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、必要がないと認める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（以下「特定疾病認定」という。）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、特定疾病認定を行ったときは、施行規則第62条第4項に規定する特定疾病療養受療証又は特定疾病認定に係る情報を記載した資格確認書を交付するものとする。

- 3 広域連合長は、第1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たときは、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。

（長期入院該当適用の申請等）

第16条 施行規則第67条第1項及び後期高齢者医療の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額（平成19年厚生労働省告示第395号）第1号の表規則第35条第1号に該当する者の項第2欄の区分の適用（以下「長期入院該当適用」という。）を受けようとする被保険者は、入院日数が確認できる書類を添えて、後期高齢者医療長期入院該当適用申請書（様式第19号）を提出しな

なければならない。ただし、広域連合において、当該被保険者が長期入院該当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、前項の規定による申請書の提出を受け、長期入院該当適用を受けることを認めるときは、施行規則第67条第1項に規定する認定に係る情報を記載した資格確認書の交付又は後期高齢者医療長期入院該当適用決定通知書（様式第20号）により申請者に通知するものとする。

3 広域連合長は、第1項の規定による申請書の提出を受け、長期入院該当適用に該当しないときは、後期高齢者医療長期入院該当適用申請却下通知書（様式第21号）により申請者に通知するものとする。

（入院時標準負担額の差額の支給申請）

第17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18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。

（特別療養費の支給申請）

第19条 法第82条第1項又は第2項の規定による支給を受けようとする保険料滞納者（同条第1項に規定する保険料滞納者をいう。次条において同じ。）は、後期高齢者医療特別療養費支給申請書（様式第23-2号）により広域連合長に申請しなければならない。

（保険料の滞納に係る資格確認書の返還等）

第20条 広域連合長が、法第82条第1項又は第2項の規定による支給をする場合は、同条第3項の規定による通知をし、及び保険料滞納者に資格確認書の返還を求めるものとする。

2 保険料滞納者は、前項の通知及び資格確認書の返還の求めを受けた場合において、令第12条の2に規定する特別の事情があるときは、広域連合長にその旨を届け出なければならない。

（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17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。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、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るときは、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、必要がないと認めるときは、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、広域連合長が認めるときは、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、当該確定額等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。

(被保険者の資格に係る事実を記載した書面の申請)

第37条 被保険者の資格に係る事実を記載した書面の交付を受けようとする被保険者は、後期高齢者医療資格情報証明書交付申請書(様式第41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、後期高齢者医療資格情報証明書(様式第42号)を申請者に交付するものとする。

(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27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。

附 則（令和6年11月29日規則第4号）

（施行期日）

- 1 この規則は、令和6年12月2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第5条、第9条の2及び第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行うことができる。

（経過措置）

- 3 この規則の施行の際現に交付されている後期高齢者医療被保険者証、被保険者資格証明書、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証及び後期高齢者医療限度額適用認定証の返還に関しては、なお従前の例による。

様式第1号（第2条関係）

後期高齢者医療障害認定申請書（新規・更新）

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	
(フリガナ) 氏名			
生年月日	年	月	日
住 所			
後期加入前の 医療保険	<input type="checkbox"/> 健保組合等※右を記載 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 適用除外者等	被保険者氏名 () 保 険 者 名 () 保 険 者 番 号 () 記 号 番 号 ()	
認定希望日 (更新日)	年	月	日
マイナ保険証 保有の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※マイナンバーカードが有効期限内かつ電子証明書が有効であるものに限りです。		
障害の状況	次の書類のとおり。 国民年金証書 (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級) 身体障害者手帳 (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 4級 (下肢 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 4号 <input type="checkbox"/> 音声・言語) 精神障害者保健福祉手帳 (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級) 療 育 手 帳 (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A)		<input type="checkbox"/> 診 断 書 <input type="checkbox"/> 転入前の都道府県後期高齢者医療 広域連合長の障害認定証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()
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、法第50条第2号の障害認定を申請します。 年 月 日			

送付日	年 月 日	システム入力者	システム確認者	(受領サイン)
回収日	年 月 日			
種 別	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> 却下通知		確認書類 <input type="checkbox"/> 交付申請・免許証・その他 ()	

(備考)

市区町受付印

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	
(フリガナ) 氏名			
生年月日	年	月	日
住所			
認定撤回の理由			
撤回年月日	年	月	日
※被保険者資格喪失日は、撤回年月日の翌日です。			
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、法第50条第2号の障害認定の申請を撤回します。			
年 月 日			

送付日	年 月 日	システム入力者	システム確認者	(受領サイン)
回収日	年 月 日			
種別	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> 資格喪失証明書		確認書類	資格付・免許証・その他 ()
(備考)				(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	
異動前		<input type="checkbox"/> 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 ()	
被保険者番号			
(フリガナ) 氏名		(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 ()	
異動前			
生年月日	年 月 日	(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 ()	
住所			
異動事由		<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"/> 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			
送付日 年 月 日	システム入力者	システム確認者	(受領サイン)
回収日 年 月 日			
種別 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書			確認書類 () <input type="checkbox"/> 交付済・免許証・その他 ()
(備考)			市区町受付印

様式第6号（第5条関係）

後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書

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	
(フリガナ) 氏名	-----		
生年月日	年	月	日
住所			
申請の理由	翌年度以降は資格確認書が交付されます。 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードでの受診が困難である（介助者等の補助が必要であるなど）		
	翌年度以降は保険証利用登録の状況に変更がない限り資格確認書が交付されます。 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納した又は返納する予定である		
	<input type="checkbox"/> 既に資格確認書の交付を受けているが、任意記載事項を記載したい		
	翌年度以降も資格確認書が必要であれば申請が必要となります。 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない <input type="checkbox"/> その他 ()		
任意記載事項の記載	<input type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分 <input type="checkbox"/> 特定疾病区分 <input type="checkbox"/> 任意記載事項の記載を希望しない		
広島県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり、資格確認書の交付及び任意記載事項の併記を申請します。 年 月 日			

送付日 年 月 日	システム入力者	システム確認者	(受領サイン)
回収日 年 月 日			
種別 <input type="checkbox"/> 資格確認書			確認書類 交付付・免許証・その他 ()

(備考)

市区町受付印

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 資格確認書交付申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律第54条第3項に基づく資格確認書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

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 資格確認書の交付及び返還について

この度、あなたの資格情報が変更となりましたので、新たな資格確認書を交付します。受診の際には、医療機関へ新たな資格確認書を提示してください。

現在お持ちの資格確認書は〇〇市〇〇課へ返還してください。

被保険者番号	
氏名	
変更理由	
変更期間	
変更内容	

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7号（第8条関係）

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

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

(フリガナ) 氏名	
--------------	--

生年月日	年 月 日
------	-------

住所	
----	--

再交付する証の種類	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ（資格情報通知書） <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	回収・未回収 回収・未回収 回収・未回収 回収・未回収
-----------	--	--------------------------------------

再交付の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他（ ）	未着の場合 <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 電話連絡等による郵送交付 受付 年 月 日 時 分頃 受付者 ※年次更新の広域連合での未着再交付受付は8月末までとします。
--------	---	--

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、証の再交付を申請します。なお、旧証が見付かった場合は、速やかに返還します。

年 月 日

送付日 年 月 日	システム入力者	システム確認者	(受領サイン)
回収日 年 月 日			
種別 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証			確認書類 交付済・免許証・その他（ ）

(備考)	(市区町受付印)
------	----------

様式第8号（第9条の2関係）

後期高齢者医療個人番号カードの健康保険証利用登録の解除申請書

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	
(フリガナ) 氏名			
生年月日	年	月	日
住所			
解除の理由	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードでの受診が困難である（介助者等の第三者が被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
任意記載事項の記載	<input type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分 <input type="checkbox"/> 特定疾病区分 <input type="checkbox"/> 任意記載事項をすべて記載しない		
確認事項	※利用登録解除した方に資格確認書を交付します。解除後、医療機関等を受診される際には資格確認書の持参が必要です。 ※利用登録解除すると、マイナンバーカードによりオンライン資格確認ができません。 ※利用登録解除がマイナポータルに反映されるまで、約2か月程度の時間がかかります。 ※この申請後から解除完了までの間に、別の医療保険者等に異動した場合は、異動後の医療保険者等に解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の交付申請をしてください。 ※利用登録解除した後も再度、マイナポータル等から利用登録をすることができます。 ※マイナンバーカードで医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータに基づいたよりよい医療を受けることができます。 ※マイナンバーカードの健康保険利用登録により、ご本人の医療情報の漏洩等セキュリティ上のリスクが生じることはありません。		
広島県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を申請します。 年 月 日			

送付日	年 月 日	システム入力者	システム確認者	(受領サイン)
回収日	年 月 日			
種別	<input type="checkbox"/> 資格確認書			確認書類 <input type="checkbox"/> マイナID・免許証・その他 ()
(備考)				(市区町受付印)

様式第9号（第10条関係）

広島県広域一他広域

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		異動事由
		住登外		
異動前		住基		<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 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 死亡
被保険者番号		個人番号		
使用しない被保険者番号				
(フリガナ)				
氏名				
生年月日		年 月 日		
住所				
異動前				
連絡先 (任意)	氏名			
	住所			
	電話番号			
異動年月日		年 月 日		確認項目
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				<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
				福祉医療制度
				※福祉医療制度があれば記載する。

送付日	年 月 日	システム入力者	システム確認者	(受領サイン)
回収日	年 月 日			
種 別	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書			確認書類 <input type="checkbox"/> 交付済・免許証・その他 ()
(備考)				市区町受付印

様式第10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			
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		
	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		
<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、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。</p> <p>年 月 日</p>			

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。 ただし、1月1日において本市（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>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

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5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	
(フリガナ) 氏名	-----		
生年月日	年	月	日
住所			
交付方法	希望の交付方法すべてに☑してください。 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 資格確認書の任意記載事項に記載を希望する		
疾病の名称	<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。）		
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 ※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、記入の必要はありません。		
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認定を申請します。 年 月 日			

送付日	年 月 日	システム入力者	システム確認者	(受領サイン)
回収日	年 月 日			
種 別	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 却下通知書			確認書類 <input type="checkbox"/> カバー・免許証・その他 ()
(備考)				(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

様式第19号(第16条関係)

後期高齢者医療長期入院該当適用申請書

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	

被保険者番号		個人番号	
(フリガナ) 氏名			
生年月日	年	月	日
住所			
申請日の前12か月の適用区分が低所得者Ⅱの期間の入院日数合計			
		日間	
	入院日数		医療機関等の名称・所在
1	年	月	日～年
	月	日	(日間)
2	年	月	日～年
	月	日	(日間)
3	年	月	日～年
	月	日	(日間)
4	年	月	日～年
	月	日	(日間)
5	年	月	日～年
	月	日	(日間)
6	年	月	日～年
	月	日	(日間)
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。			
資格確認書の交付を受けている場合、資格確認書の長期入院該当日に併記することを希望します。			
年 月 日			

送付日	年 月 日	システム入力者	システム確認者	(受領サイン)
回収日	年 月 日			
種 別	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 却下通知書			確認書類 <i>フリガナ</i> ・免許証・その他 ()
(備考)				(市区町受付印)

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 長期入院該当適用決定通知書

施行規則第67条第1項及び後期高齢者医療の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額（平成19年厚生労働省告示第395号）の規定による長期入院該当適用申請については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号	
氏名	
長期該当日	年 月 日

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 長期入院該当適用申請 却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第67条第1項及び後期高齢者医療の食事療養標準負担額及び生活標準負担額（平成19年厚生労働省告示第395号）の規定に基づく長期入院該当の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22号(第17条関係)

後 期 高 齢 者 医 療 食 事 (生 活) 療 養 差 額 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

※は記載しないでください。

保険者番号	3 9 3 4									個人番号						
被保険者番号										受 療 け 養 を	被保険者氏名					
公費負担者番号											生年月日 年 月 日					
公費受給者番号																

減額認定証の内容を記載してください。			
交付区分		適用年月日	年 月 日
交付年月日	年 月 日	長期該当年月日	年 月 日

食事(生活)療養を受けた医療機関等	名称		第三者の行為によるものですか	はい・いいえ・不明
	所在地			
入院日数	年 月 日 から 年 月 日 まで			日間 回
入院に際して受けた食事(生活)療養に対し支払った額(標準負担額)				円
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由				

差額支給※	イ () 円 × () 回 = () 円	合計	
	ロ () 円 × () 回 = () 円		
	ハ () 円 × () 回 = () 円		
	ニ () 円 × () 回 = () 円		
	ホ 却下 (理由:)		
			円

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		
※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。							
口座番号(右詰)					記号・番号		
口座名義人(カタカナ)	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。						

上記のとおり、関係書類を添えて食事(生活)負担額差額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 _____

様式第23号(第18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 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		
※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。		
口座番号(右詰)				記号・番号		
口座名義人 (カタカナ)	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。					

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	

様式第23-2号(第19条関係)

後期高齢者医療 特別療養費支給申請書

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。

個人番号															
保険者番号	3	9	3	4							療養を受けた	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	特別療養費 ()										
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	特別療養費			
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		
※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。				
口座番号(右詰)	記号・番号					
口座名義人(カタカナ)	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。					

上記のとおり、関係書類を添えて特別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 _____

後期高齢者医療 高額療養費支給申請書

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	

被保険者番号		個人番号	
被保険者氏名		生年月日	年 月 日

※該当する項目に☐を入れてください。

- ① 発病又は負傷の理由

<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等)	<input type="checkbox"/> その他(自損事故・疾病等)
---------------------------------------	--
- ② 特定給付対象療養(原爆手帳や毒ガス障害者支援公費など)による支給を受けていますか。

<input type="checkbox"/> 受けている。(制度名 _____)	<input type="checkbox"/> 受けていない。
---	----------------------------------
- ③ ②で「受けている」の場合、医療費を病院等の窓口で支払いましたか。

<input type="checkbox"/> 支払った。	<input type="checkbox"/> 支払っていない。
--------------------------------	-----------------------------------

振込先	銀 行 金 庫 組 合 農 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	
	※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。			
口座番号(右詰)	記号・番号			
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マスあけてください。				
口座名義人 (カタカナ)				

申請者の住所・氏名等

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。
 また、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の支給額で調整されることを承諾します。県または市町村による福祉医療費助成制度の利用に伴い、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に同意します。

広島県後期高齢者医療広域連合長 様 年 月 日

(〒 _____)

住所 _____

氏名 _____ 被保険者との関係 _____

電話番号 (_____) _____

委任状 ※申請または振込口座を本人以外とする場合は、該当する項目に☐を入れて記入してください。

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療高額療養費(高齢者の医療の確保に関する法律第84条)に関する次の行為について一切の権限を委任します。

委任者(被保険者)の住所 _____

氏名 _____

- 申請に関すること。

代理人(受任者)の住所 _____ 氏名 _____

- 受領に関すること。

代理人(受任者)の住所 _____ 氏名 _____

高額療養費(外來年間合算)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	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					
標準資格情報	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					
	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(出張所)	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			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		備考欄	住所			
	1		年	月	日	日から	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	日から	日まで					
3		年	月	日	日から	日まで						
※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。												
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 1 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれれもで記入してください。 高額療養費(外來年間合算)の支給申請を行う場合、①のみを丸で記入してください。 ① 上記対象者について、高額療養費(外來年間合算)の支給を申請します。また、次のア〜ウに同意します。 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 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 ウ 県または市町村による福祉医療助成制度の利用に伴い、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 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 () -												
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(外來年間合算)支給申請について

- 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、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(外來年間合算)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、保険者加入履歴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(外來年間合算)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」を丸で記入いただき、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」を丸で記入してください。

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	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	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		
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.副世帯主 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	
振込先 情報	銀行 名	支店 名	口座 番号	口座 種別	口座 名義人	フリガナ	住所	
	金融機関コード	本店 コード	支店 コード	種目	口座 番号(右詰で記入)	氏名 (漢字)	備考欄	
印号・番号		印号・番号		印号・番号		※印号・番号はゆうちょ銀行 で口座番号不明の場合記入		
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				
	1		年 月 日から 年 月 日まで					
	2		年 月 日から 年 月 日まで					
	3		年 月 日から 年 月 日まで					
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 一 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助成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、その金額を控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 () 一 申請者氏名 委任状 委任者氏名 委任者氏名 ※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.要介護者」又は「要介護者」は世帯員が関係する被保険者であるが、世帯主は関係する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)に変更があった場合、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、また原保険者(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開示明細書整理番号を記入してください。添付する開示明細書がない場合には、「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
 - 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(要介護世帯主)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、複数枚に渡る部分が分かるよう、右下の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記入してください。
 - 介護保険被保険者証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。
 - 「GYY」(申請対象年度和暦、令和の場合、「5」) + 原保険者番号8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。

様式第25号(第23条関係)

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

保険者番号	3	9	3	4				
被保険者番号								

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	

支給金額		¥	3	0	0	0	0	0	-
------	--	---	---	---	---	---	---	---	---

死亡者の氏名	
死亡者の生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
死亡年月日	年 月 日
葬祭日	年 月 日
死亡の原因	1: 第三者行為(交通事故等) 2: その他(自損事故・疾病等)
その他	
葬祭執行者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる場合は住所氏名等必ず記入。
住所	
氏名	
電話番号	

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記入してください。

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)				<small>※ゆうちょ銀行で口座番号不測のときには必ず記入してください。</small>		
口座名義人(カタカナ)		<small>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マスあけてください。</small>				

上記のとおり、関係書類を添えて葬祭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 _____ 死亡者との関係 _____

電話番号 _____

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書①（被保険者記入用）

被 保 険 者 情 報	被保険者番号														生年月日	大正 昭和	年	月	日
	(フリガナ)																		
	氏名																		

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は、()内に記入してください。

振込先	銀行 名	支店 名	口座 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														
口座名義 (カタカナ)															

※ゆうちょ銀行の場合は「ゆうちょ」と記入してください。
※ゆうちょ銀行の口座は「ゆうちょ」と記入してください。
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マスあけてください。

上記のとおり、傷病手当金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 _____

電話番号 () - _____

委任状	※申請または振込口座を本人以外とする場合は、該当する項目に○を入れて記入してください。
私は下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療傷病手当金（高齢者の医療の確保に関する法律第56条）に係る次の行為に関する一切の権限を委任します。	
委任者（被保険者）の住所 _____	
氏名 _____	
<input type="checkbox"/> 申請に関すること。 <input type="checkbox"/> 受領に関すること。	
代理人（受任者）の住所 _____	
氏名 _____	被保険者との関係 _____

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 <small>※相談した場合に記入</small>	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) <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;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								

(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	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">年 月 日</div> 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。

事業主が証明するところ	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 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 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 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 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 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 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	賃金計算	終日		日				
		2. いいえ	<input type="checkbox"/> 日給		<input type="checkbox"/> 歩合給	支払日		1. 当月	日					
				<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他		2. 翌月		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。														
支給した賃金内訳	期間 区分	単価(円)	月 日 ~ 月 日 分			月 日 ~ 月 日 分			月 日 ~ 月 日 分					
			(A)支給額(円)			(B)支給額(円)			(C)支給額(円)					
	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。														
上記のとおり相違ないことを証明します。										年 月 日				
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																															
		年 月 日まで																															
	うち、入院期間	年 月 日から										療養費用の種別	<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										転帰	<input type="checkbox"/> 治愈 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																				
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 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 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 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;"> 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: 30%;">振込予定日</td> <td style="width: 70%; 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請求は、審査請求の最終を越え後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から30か月を経過しても裁決がないときは、こ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。この請求は、裁決の逆送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。</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。

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不支給決定通知書

年 月 日付で申請のあった、後期高齢者医療給付費については、下記のとおり不支給を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. 不支給決定した
医療給付費
4. 不支給決定理由

◆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。

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) - -		
自 賠 責 任	有・無	証明書番号		
	氏名	住所		
車 検 証	有・無	保険	証券番号	
	氏名	住所		
証	氏名	住所		
	車両番号	車台番号		
事 故 場 所	届出	日時	年 月 日	午前 午後 時 分頃
	事故			
診 療	病院名	初診日	年 月 日	
		国保等診療開始日	年 月 日	
療	病院名	初診日	年 月 日	
		国保等診療開始日	年 月 日	
療	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	治療中
			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17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

様式第 33 号 (第 30 条関係)

年 月 日

後期高齢者医療保険料減免申請書

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 18 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減免を申請します。

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減免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	保険料額
			合計保険料額

3 申請理由

※いつごろ、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。

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

様式第36号（第33条関係）

年 月 日

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	
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・収用・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>									
年 月 日		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <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;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
<p>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									

様式第41号(第37条関係)

後期高齢者医療資格情報証明書交付申請書

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	

被保険者番号		個人番号	
(フリガナ) 氏名	-----		
生年月日	年	月	日
住所			
申請理由等 (提出先等を詳細にご記入ください)			
広島県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり、後期高齢者医療資格情報証明書の交付を申請します。 年 月 日			

委任状 後期高齢者医療資格情報証明書の交付申請及び受領に関する権限について、上記の者に委任します。

委任者(被保険者) _____

申述書 上の委任状は、委任者本人は筆記困難のため、私が代筆しました。
これは、本人の面前で、本人の指示のもと作成したものであり、本人の意思に基づくものです。

代筆者(届出者) _____

送付日 年 月 日	受付者	システム確認者	(受領サイン)
回収日 年 月 日			
種別 <input type="checkbox"/> 資格情報証明書			確認書類 <input type="checkbox"/> 交付済・免許証・その他 ()
(備考)			市区町受付印

後期高齢者医療保険資格情報証明書	
氏名	
生年月日	
住所	
資格取得日	
資格喪失日	
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
備考	
上記の者の広島県後期高齢者医療保険の資格情報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	