

秋田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一部を改正する規則をここに公布する。

平成30年2月21日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 穂 積 志

秋田県後期高齢者医療広域連合規則第2号

秋田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一部  
を改正する規則

秋田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年秋田県後期高齢者医療広域連合規則第2号）の一部を次のように改正する。

第4条の「(法第55条)」を削る。

様式第1号中「

後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得（変更・喪失）届書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号	( )		

	新規（変更・喪失）	変更前
フリガナ		
氏名		男・女
被保険者番号		
個人番号		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
住所	市・郡 町・村	
申請区分	新規・継続・転入・撤回・その他 申請	
申請事由	<input type="checkbox"/> 新規に障害認定されたため <input type="checkbox"/> 障害認定が継続されたため <input type="checkbox"/> 転入前に障害認定されたため <input type="checkbox"/> その他の理由により障害認定されたため ( )	
所有手帳又は証書種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 国民年金証書等 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	
秋田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・届出）いたします。  平成 年 月 日  申請者 氏名 <span style="float: right;">㊟</span>		

」を「

後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得（変更・喪失）届書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号	( )		

	新規（変更・喪失）	変更前
フリガナ		
氏名		男・女
被保険者番号		
個人番号		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
住所	市・郡 町・村	
適用年月日	年 月 日	
申請区分	新規・継続・転入・撤回・その他 申請	
申請事由	<input type="checkbox"/> 新規に障害認定されたため <input type="checkbox"/> 障害認定が継続されたため <input type="checkbox"/> 転入前に障害認定されたため <input type="checkbox"/> その他の理由により障害認定されたため ( )	
所有手帳又は証書種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 国民年金証書等 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	

秋田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・届出）します。

年 月 日

申請者（被保険者） 氏名



」に改める。

様式第3号中「

後期高齢者医療被保険者資格に係る届書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号	( )		

		新規 ( 変更・喪失)	変更前	申請区分		
被保険者番号				1 新規 <input type="checkbox"/> 75歳に到達 <input type="checkbox"/> 広域外からの転入 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
保険者番号						
フリガナ						
氏名		男・女		2 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 広域内の転居 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
個人番号						
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日		
住所	市・郡	町・村			3 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 広域外への転出 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
世帯主との続柄						
世帯主	氏名	男・女				
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	
申請区分 該当年月日			平成	年	月	日

秋田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・届出) いたします。

平成 年 月 日

申請者 氏名



」を「

後期高齢者医療被保険者資格に係る届書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号	( )		

		新規（変更・喪失）	変更前	申請区分
被保険者番号				1 新規 <input type="checkbox"/> 75歳に到達 <input type="checkbox"/> 広域外からの転入 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> その他 ( )  2 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 広域内の転居 <input type="checkbox"/> その他 ( )  3 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 広域外への転出 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> その他 ( )
保険者番号				
フリガナ				
氏名		男・女		
個人番号				
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日		
住所	市・郡	町・村		
世帯主との続柄				
世帯主	氏名	男・女		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日	
申請区分該当年月日			年 月 日	

秋田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・届出）します。

年 月 日

申請者（被保険者・届出者） 氏名



」に改める。

様式第4号中「

後期高齢者医療住所地特例（法55条）該当・非該当届書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者	氏名		性別	男・女
	個人番号			
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
入所施設の名称				
入所施設の所在地		都・道・府・県	市・郡	町・村
住所地特例該当の年月日 (入所により施設所在市町村に住所を移した日) 又は非該当年月日		平成	年	月 日
住所地特例適用前の世帯主				
住所地特例適用前の住所		市・郡	町・村	
被保険者番号				
保険者番号				
秋田県後期高齢者医療広域連合長 様				
上記のとおり届出します。				
平成 年 月 日				
申請者 氏名				㊞

」を「

後期高齢者医療住所地特例 該当・非該当届書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号	( )		

被保険者番号				
被 保 険 者	フリガナ			
	氏名		男・女	
	個人番号			
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	
変 更 後	住所	(電話番号 - - )		
	施設等	※住所が施設等の場合、記入してください。		
		名称		
		入所年月日	年 月 日	
	世帯主	氏名	本人との関係	
		生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日 男・女
変 更 前	住所	(電話番号 - - )		
	施設等	※住所が施設等の場合、記入してください。		
		名称		
		退所年月日	年 月 日	
<p>秋田県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者（被保険者） 氏名 <span style="float: right;">㊞</span></p>				

」に改める。

様式第5号中「

後期高齢者医療再交付申請書

届出者名		本人との関係	
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			男・女
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
	住所	市・郡	町・村	

再交付事由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	---

備 考	※身分確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住基カード(写真付き) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ( )
	※警察への届出	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未(届出指導)      ※未納 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	※交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ( )

秋田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 ( 被保険者証  
限度額適用・標準負担額減額認定証 ) の再交付を  
特定疾病療養受療証  
被保険者資格証明書 )  
 申請します。

平成 年 月 日

申請者 氏名



」を「



後期高齢者医療再交付申請書

届出者名		本人との関係	
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		男・女
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日
	住所	市・郡	町・村
再交付事由		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
備 考	※身分確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住基カード(写真付き) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	※警察への届出	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未(届出指導)      ※未納 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	※交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<p>秋田県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり、後期高齢者医療 <span style="font-size: 2em;">}</span> <input type="checkbox"/>被保険者証  <input type="checkbox"/>限度額適用・標準負担額減額認定証 <span style="font-size: 2em;">}</span> の再交付を  <input type="checkbox"/>特定疾病療養受療証  <input type="checkbox"/>被保険者資格証明書</p> <p>申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者(被保険者)氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p>			

」に改める。

様式第 8 号中「

後期高齢者医療認定証明書交付申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号	( )		

被保険者番号					
被 保 険 者	フリガナ				
	氏名		男・女		
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
	旧住所	市・郡	町・村		
	新住所	都・道・府・県	市・郡	町・村	
異動日(転出日)	平成	年	月	日	

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、

- 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
- 高齢者の医療の確保に関する法律による特定疾病認定証明書

の交付を申請します。

平成 年 月 日

申請者 氏名



」を「

### 後期高齢者医療認定証明書交付申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号	( )		

被保険者番号						
被 保 険 者	フリガナ					
	氏名		男・女			
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	
	旧住所	市・郡	町・村			
	新住所	都・道・府・県	市・区・郡	町・村		
異動日(転出日)	年				月	日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、

- 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
- 高齢者の医療の確保に関する法律による特定疾病認定証明書

の交付を申請します。

年

月

日

申請者(被保険者) 氏名



」に改める。

様式第10号中「

### 後期高齢者医療負担区分等証明書交付申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号	( )		

被保険者番号					
被 保 険 者	フリガナ				
	氏名		男・女		
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
	旧住所	市・郡	町・村	.....	
	新住所	都・道・府・県	市・郡	町・村	.....
本人と同一世帯に 転出する者		本人との関係			
		本人との関係			
		本人との関係			
		本人との関係			
		本人との関係			
異動日(転出日)	平成	年	月	日	

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、後期高齢者医療負担区分等証明書の交付を申請します。

平成 年 月 日

申請者 氏名 ㊟

」を「

## 後期高齢者医療負担区分等証明書交付申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号	(            )		

被保険者番号			
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		男・女
	生年月日	明治・大正・昭和      年      月      日	
	旧住所	市・郡	町・村
	新住所	都・道・府・県	市・区・郡      町・村
本人と同一世帯に 転出する者		本人との関係	
		本人との関係	
		本人との関係	
		本人との関係	
		本人との関係	
異動日（転出日）	年      月      日		
<p>秋田県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり、後期高齢者医療負担区分等証明書の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年      月      日</p> <p style="text-align: center;">申請者（被保険者） 氏名 <span style="float: right;">㊞</span></p>			

」に改める。

様式第 1 2 号中「

後期高齢者医療基準収入額適用申請書

届出者名				本人との関係				
連絡先電話番号	( )							
住所	市・郡		町・村					
電話番号	( )							
被保険者番号								
個人番号								
フリガナ								
氏名								
生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	明治 大正 昭和	年	月	日
平成 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)	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"> <li>市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人及び同じ世帯におられる 75 歳以上の高齢者の方 (65 歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている方も含む) 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ご記入ください。</li> <li>収入額はすべてご記入ください。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。</li> <li>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。</li> </ul> <p>ただし、1 月 1 日において当市 (町村) 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>秋田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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者 氏名 (印)</p> <p>氏名 (印)</p> <p>氏名 (印)</p>								

」を「

後期高齢者医療基準収入額適用申請書

届出者名		本人との関係		
連絡先電話番号	( )			
住所	市・郡 町・村			
電話番号	( )			
被保険者番号				
個人番号				
フリガナ				
氏名				
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日	明治 大正 昭和 年 月 日	明治 大正 昭和 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)	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"> <li>市区町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人及び同じ世帯におられる75歳以上の高齢者の方(65歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている方も含む)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ご記入ください。 ※なお、世帯に本人以外の75歳以上の高齢者の方(65歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている方も含む)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。</li> <li>収入額はすべてご記入ください。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。</li> <li>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日において当市(町村)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。</li> </ul>				
<p>秋田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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 氏名 (印)</p> <p>氏名 (印)</p> <p>氏名 (印)</p>				

」に改める。

様式第14号中「

## 後 期 高 齢 者 医 療 食事療養差額支給申請書

受付日 平成 年 月 日  
 決定日 平成 年 月 日

保険者番号		個人番号		
被保険者番号		療養を受けた	被保険者氏名	
公費負担者番号			適用区分	
公費受給者番号			低Ⅱ(長期非該当)・低Ⅱ(長期該当)・低Ⅰ	
			生年月日	年 月 日

減額認定証の内容を記載してください。			
診療年月		療養期間	平成 年 月 日 から
診療日数			平成 年 月 日 まで

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			
入院日数	日	入院日数が90日を超えた日	平成 年 月 日
入院に際して受けた食事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 × ( )	= ( )	円	合 計
	ロ	( - )	円 × ( )	= ( )	円	
	ハ	( - )	円 × ( )	= ( )	円	
	ニ	( - )	円 × ( )	= ( )	円	
	ホ	却下(理由: )				

支払金融機関	支払区分	口座振込	預金種別	1: 普通	銀行	支店・本店
	金融機関コード			2: 当座	農協	支店・本店
				3:	信組	支店・本店
口座番号			4:	金庫	支店・本店	
				口座名義人(カタカナ)		

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。

平成 年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

受領代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日	
	申請者	印
	代理人の氏名	印
	代理人の住所	郵便番号

」を「



## 後 期 高 齢 者 医 療 食事療養差額支給申請書

受付日 年 月 日  
決定日 年 月 日

保険者番号		個人番号	
被保険者番号		療養を受けた人	被保険者氏名
公費負担者番号		適用区分	低Ⅱ(長期非該当)・低Ⅱ(長期該当)・低Ⅰ
公費受給者番号		生年月日	年 月 日

減額認定証の内容を記載してください。			
診療年月		療養期間	年 月 日 から
診療日数			年 月 日 まで

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			
入院日数	日	入院日数が90日を超えた日	年 月 日
入院に際して受けた食事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			
発病又は負傷の理由	1: 第三者行為(交通事故等) 2: その他(自損事故・疾病等)		

差 額 支 給	イ	( - )	円	×	( )	=	( )	円	合 計
	ロ	( - )	円	×	( )	=	( )	円	
	ハ	( - )	円	×	( )	=	( )	円	
	ニ	( - )	円	×	( )	=	( )	円	
	ホ	却下(理由: )							

支 払 金 機 関	支払区分	口座振込	預 金 種 別	1: 普通	銀行	支店・本店
	金融機関コード			2: 当座	農協	支店・本店
				3:	信組	支店・本店
	口座番号			4:	金庫	支店・本店
				口座名義人(カタカナ)		

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

住 所 \_\_\_\_\_

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

電話番号 \_\_\_\_\_

受 領 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 年 月 日		
	申請者 氏名 _____ ㊞		
	代理人の氏名	(フリガナ) _____ ㊞	
	代理人の住所	郵便番号 _____	

」に改める。

様式第 17 号中「

### 第三者行為等による届出書

被保険者番号				(ふりがな) 被害者氏名			
				被害者職業			
世帯主との続柄				男・女 M・T・S・H	年	月	
事故発生の年月日		平成	年	月	日	午前・午後	
事故発生場所							
第三者行為に関する事項	加害者	住 所		電 話			
		(ふりがな) 氏 名		職 業			
	使用者	住 所		電 話			
		(ふりがな) 氏 名		職 業			
	登録番号又は 車輛番号				車台番号		
	自動車損害 賠償責任保険	有	保 険 会 社 名		担 当		
		無	証 明 証 記 号 番 号		所 有 者 氏 名		
	自動車普通保険 (任意保険)	有	保 険 会 社 名		担 当		
無		契 約 証 記 号 番 号		電 話			
診療に関する事項	疾病の原因又は 負傷時の状況						
	傷 病 名		初 診 年 月 日		平成		
					年		
					月		
				日			
医療機関名 及び医師名		担当医		電 話			
<p>上記のとおりお届けいたします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 被保険者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>秋田県後期高齢者医療広域連合広域連合長 様</p>							

」を「

### 第三者行為等による届出書

被保険者番号				(ふりがな) 被害者氏名			
				被害者職業			
世帯主との続柄				男・女 M・T・S・H	年	月 日	
事故発生の年月日		年	月 日	午前・午後	時	分頃	
事故発生場所							
加害者に関する事項	加害者	住所			電話		
		(ふりがな) 氏名			職業		
	使用者	住所			電話		
		(ふりがな) 氏名			職業		
	登録番号又は 車 輛 番 号			車台番号			
	自動車損害 賠償責任保険	有	保 険 会 社 名			担 当	
		無	証 明 証 記 号 番 号			所 有 者 氏 名	
	自動車普通保険 (任意保険)	有	保 険 会 社 名			担 当	
		無	契 約 証 記 号 番 号			電 話	
	診療に関する事項	疾病の原因又は 負傷時の状況					
傷 病 名				初 診 年 月 日	年 月 日		
				治癒までの見込期間			
医療機関名 及び医師名		担当医		電 話			
<p>上記のとおり届出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">秋田県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">届出人 氏 名 <span style="float: right;">㊞</span></p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>							

」に改める。

様式第18号中「

## 後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 申 請 書

受付日 平成 年 月 日  
 決定日 平成 年 月 日

保険者番号		療 養 を 受 け た	被保険者氏名	
被保険者番号			生年月日	
公費負担者番号			入 ・ 外	
公費受給者番号				
診療年月		療養期間	平成 年 月 日 から	
診療日数			平成 年 月 日 まで	

種 類	
疾 病 名	
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名又は施術師	
支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	

療養に要した費用額		食 事 回 数	
審 査 認 定 額		療養に要した費用額	
一 部 負 担 金		食 事 標 準 負 担 額	
支 給 金 額		自 己 負 担 割 合	割

支 払 金 融 機 関	支払区分	口座振込	預 金 種 別	1 : 普通	銀行	支店・本店	
					2 : 当座	農協	支店・本店
	金融機関コード				3 :	信組	支店・本店
					4 :	金庫	支店・本店
	口座番号				口座名義人 (カタカナ)		

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。

平成 年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様  
下

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

受 領 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。平成 年 月 日	
	申請者	氏名 _____ 印
	代理人の氏名	(フリガナ) _____ 印
	代理人の住所	郵便番号 _____

」を「

## 後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 申 請 書

受付日                   年    月    日  
決定日                   年    月    日

保険者番号		療 養 を 受 け た 人	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		療 養 期 間	入 院 ・ 外 来	
公費受給者番号			年 月 日	から
診 療 年 月			年 月 日	まで
診 療 日 数				

種 類	
疾 病 名	
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名	
支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	1 : 第三者行為 (交通事故等)    2 : その他 (自損事故・疾病等)

療養に要した費用額		食 事 回 数	
審 査 認 定 額		療養に要した費用額	
一 部 負 担 金		食 事 標 準 負 担 額	
支 給 金 額		自 己 負 担 割 合	割

支 払 金 融 機 関	支 払 区 分	口 座 振 込	預 金 種 別	1 : 普通	銀行	支店・本店
	金融機関コード			2 : 当座	農協	支店・本店
	口座番号			3 :	信組	支店・本店
			4 :	金庫	支店・本店	
				口座名義人 (カタカナ)		

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年    月    日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

電話番号 \_\_\_\_\_

受 領 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 _____ 年 月 日	
	申請者	氏名 _____ ㊞
	代理人の氏名	(フリガナ) _____ ㊞
	代理人の住所	郵便番号 _____

」に改める。

様式第 2 1 号中「

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名		本人との関係	
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	明治・大正・昭和	年 月 日
	住所	市・郡	町・村
疾病の名称	<input type="checkbox"/> 人工透析が必要な慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 先天性血液凝固因子障害の一部 <input type="checkbox"/> 血液凝固因子製剤に起因するH I V感染		

秋田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

申請者 氏名



」を「

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名		本人との関係	
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	明治・大正・昭和	年 月 日
	住所	市・郡	町・村
疾病の名称	<input type="checkbox"/> 人工透析が必要な慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 先天性血液凝固因子障害の一部 <input type="checkbox"/> 血液凝固因子製剤に起因するH I V感染		

秋田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

申請者（被保険者） 氏名



」に改める。

様式第24号中「

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

届出者名				本人との関係		
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				性別	男・女
	氏名					
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	
	住所	市・郡	町・村			
長期入院		該当・非該当				
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	平成 年 月 日 ~平成 年 月 日 ( 日間)				
	入院を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	平成 年 月 日 ~平成 年 月 日 ( 日間)				
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				
③	申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~平成 年 月 日 ( 日間)				
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				
④	申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~平成 年 月 日 ( 日間)				
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				
⑤	申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~平成 年 月 日 ( 日間)				
	入院をした保険医療機関等	名称				
		所在地				
秋田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限度額適用・標準負担額の減額を申請します。						
平成 年 月 日		申請者 氏名		㊞		

」を「



後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

届出者名		本人との関係	
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		性別		
	氏名			男・女	
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
	住所	市・郡	町・村		
長期入院	該当・非該当				

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 )	
	入院を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 )	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間 )	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
④	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間 )	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間 )	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
秋田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限度額適用・標準負担額の減額を申請します。			
年 月 日			
申請者(被保険者) 氏名			㊟

」に改める。

様式第 28 号中「

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号		個人番号	
氏名			
生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和	性別	男・女 電話番号
秋田県後期高齢者医療広域連合長 様 下記のとおり、高額療養費の支給を申請します。 なお、過誤調整等により、相殺すべき事由が生じた場合は、相殺しての支給を承諾いたします。  平成 年 月 日  申請者 〒 住所  氏名 ㊞			

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店・支所	預金種別 普通 当座 その他
	金融機関コード	店舗コード	
口座番号	※右詰めで記入		
口座名義人カナ (カタカナで記載願います)			

委任欄	本請求に基づく高額療養費の受領を下記代理人に委任します。 平成 年 月 日
	申請者（委任者）氏名 _____ ㊞
	代理人住所 _____ （受任者）氏名 _____ ㊞

※口座名義人が申請者と異なる場合にご記入ください。

」を「

## 後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号		個人番号			
氏名					
生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和	性別	男・女	電話番号	
発病又は負傷の理由					
<p>秋田県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>下記のとおり、高額療養費の支給を申請します。</p> <p>なお、過誤調整等により、相殺すべき事由が生じた場合は、相殺しての支給を承諾します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 ㊦</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 <span style="float: right;">㊦</span></p>					

振込先		銀行 協同組合 信用組合 信用金庫	本店 支店・支所	預金種別	普通 当座 その他	
	金融機関コード		店舗コード			
	口座番号	口座名義人カナ (カタカナで記載願います)				

受領代理人の欄	<p>本請求に基づく高額療養費の受領を下記代理人に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者（委任者）氏名 _____ ㊦</p> <p>代理人（受任者）住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____ ㊦</p>
---------	--

」に改める。

様式第 29 号中「

## 後 期 高 齢 者 医 療 葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日 平成 年 月 日  
決定日 平成 年 月 日

保険者番号

被保険者番号

支給金額 ￥ 50,000 -

死亡者の氏名				
死亡者の生年月日		年	月	日
死亡年月日		平成	年	月 日
葬祭執行者	葬 祭 日	平成	年	月 日
	住 所			
	氏 名			
	連 絡 先			

支払金融機関	支払区分	口座振込	預金種別	1：普通	銀行	支店・本店
	金融機関コード			2：当座	農協	支店・本店
	口座番号		3：	信組	支店・本店	
			4：	金庫	支店・本店	
				口座名義人 (カタカナ)		

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
(葬祭執行者) 氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
死亡者との続柄 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

受領代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日	
	申請者 (葬祭執行者) 氏名	印
	代理人の 氏 名	(フリガナ) _____ 印
代理人の 住 所	郵便番号 <input type="text"/>	

」を「

## 後 期 高 齢 者 医 療 葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日  
 決定日 年 月 日

保険者番号	
-------	--

被保険者番号	
--------	--

支 給 金 額	¥ 50,000 -
---------	------------

死亡者の氏名			
死亡者の生年月日	年	月	日
死亡年月日	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）		
葬祭執行者	葬 祭 日	年	月 日
	住 所		
	氏 名		
	連 絡 先		

支払金融機関	支払区分	口座振込	預金種別	1：普通	銀行	支店・本店
	金融機関コード			2：当座	農協	支店・本店
			3：	信組	支店・本店	
			4：	金庫	支店・本店	
	口座番号				口座名義人 (カタカナ)	

上記のとおり申請します。

年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様  
〒

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 (葬祭執行者) 氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
 死亡者との続柄 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

受領代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 年 月 日	
	申請者 (葬祭執行者) 氏名	(印)
	代理人の 氏 名	(印)
	代理人の 住 所	郵便番号 [ ][ ][ ][ ]- [ ][ ][ ][ ][ ]

」に改める。

様式第30号中「

## 事 故 傷 病 届

受 傷 者	被保険者証の 番 号			
	被保険者名 (受 傷 者 名)		生年月日	年 月 日生
事 故 及 び 負 傷 の 状 況	受傷の日時 及び場所	年 月 日 時 分頃 場所：		
	受傷の原因 と 状 況 (どのようにして受 傷したのか、又は、何 が原因で事故を引き 起こしたのか具体的 に記入して下さい)			
	傷 病 名			
	病 院 名	①	自 年 月 日～ (入院・外来)	治療中
		②	自 年 月 日～ (入院・外来)	治療中
③		自 年 月 日～ (入院・外来)	治療中	
自損事故の場合記入 <small>(該当するものを○で囲んでください)</small>	警察への届出	届出済み ( 警察署 ) ・未届		
	違反点数の有無	あり( 点 ) ・なし	罰金・反則金の有無	あり( 点 ) ・なし
労災事故の場合記入 <small>(該当するものを○で囲んでください)</small>	労災保険の有無	あり・なし・適用外 (理由： )		
	勤 務 先 <small>(労災保険「なし」の場合記入)</small>	名称	代表者名	電話 ( )

上記のとおり届出します。	
平成 年 月 日	
秋田県後期高齢者医療広域連合長 様	
申請者	住 所 _____
	氏 名 _____ 印
	電話番号 _____

」を「

## 事 故 傷 病 届

受 傷 者	被保険者証の 番 号			
	被 保 険 者 名 (受 傷 者 名)		生年月日	年 月 日
事 故 及 び 負 傷 の 状 況	受傷の日時 及び場所	年 月 日 時 分頃 場所：		
	受傷の原因 と 状 況 (どのようにして受 傷したのか、又は、何 が原因で事故を引き 起こしたのか具体的 に記入して下さい)			
	傷 病 名			
	病 院 名	①	自 年 月 日～ (入院・外来)	治療中
			至 年 月 日	
②		自 年 月 日～ (入院・外来)	治療中	
		至 年 月 日		
③	自 年 月 日～ (入院・外来)	治療中		
		至 年 月 日		
自損事故の場合記入 (該当するものを○で囲んでください)	警察への届出	届出済み ( 警察署 ) ・未届		
	違反点数の有無	あり( 点 ) ・なし	罰金・反則金の有無	あり( 点 ) ・なし
労災事故の場合記入 (該当するものを○で囲んでください)	労災保険の有無	あり・なし・適用外 (理由： )		
	勤 務 先 (労災保険「なし」の場合記入)	名称	代表者名	
			電話 ( )	

上記のとおり届出します。	
年 月 日	
秋田県後期高齢者医療広域連合長 様	
〒	
届出人	住 所 _____
	氏 名 _____ 印
	電話番号 _____

」に改める。

〒〇〇〇-〇〇〇〇  
住所  
氏名

秋田県後期高齢者医療広域連合長 〇〇 〇〇 印

後期高齢者医療保険料額決定通知書

※平成 年度分の後期高齢者医療保険料額を以下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								
決定年月日	平成〇〇年〇月〇日	決定理由	平成 年度保険料額を決定しました										
平成 年度分の後期高齢者医療保険料額												円	

保険料算定の基礎

①賦課のもととなる所得金額	②所得割率	③所得割額 ①×②	④均等割額	⑤算出額 ③+④	⑥限度超過額
⑦所得割軽減額	⑧均等割軽減額	⑨年保険料額 ⑤-⑥-⑦-⑧	月数	⑩月割減額	⑪保険料額 ⑨-⑩

- \* 後期高齢者医療保険料は、高齢者の医療の確保に関する法律第104条及び以下に掲げる秋田県後期高齢者医療に関する条例(以下、「広域連合条例」という。)の規定によって、平成 年4月1日現在の後期高齢者医療制度の被保険者に対して賦課されたものです。
- \* 保険料の算出方法は以下のとおりです。(広域連合条例第4条~14条、附則)  

所得割額=賦課のもととなる所得金額(※1) × 所得割率( /100)	}	確定年保険料 〔万円を限度とする〕
均等割額= 円		

 なお、平成 年4月1日以降に保険料の納付義務が発生又は消滅したときは月割りにて算定します。  
 ※1 賦課のもととなる所得金額=平成 年中の所得-33万円
- \* 均等割額の軽減(広域連合条例第14条、附則)  
 世帯内の後期高齢者医療制度の被保険者全員と世帯主の総所得金額等の合計額が以下のいずれかに該当する場合、均等割額から次の額が軽減されます。
 

33万円以下	・・・	円	(8.5割軽減)
内、世帯内の被保険者全員が年金収入80万円以下(その他各種所得がない)	・・・	円	(9割軽減)
33万円 + (27万円 × 被保険者数) 以下	・・・	円	(5割軽減)
33万円 + (49万円 × 被保険者数) 以下	・・・	円	(2割軽減)
- \* 所得割額の軽減(広域連合条例附則)  
 賦課のもととなる所得金額が58万円以下の方は、所得割額が2割軽減されます。
- \* 後期高齢者医療制度に加入する前日において被用者保険の被扶養者であった方に対する軽減(広域連合条例第15条、附則)  
 該当する場合、所得割が課されず、均等割額から次の額が軽減されます。 ・・・ 円 (7割軽減)  
 ただし、所得が低い方に対する軽減にも該当する方については、いずれか大きい方の額が軽減されます。
- \* 審査請求及び取消訴訟  
 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、秋田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、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなります。  
 この処分の取消しの訴えは、審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないときや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、裁決を経ずに提起することができます。この訴えは、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、秋田県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、秋田県後期高齢者医療広域連合長)として提起することができます。なお、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。  
 正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求や処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。
- \* 問い合わせ先  
 秋田県後期高齢者医療広域連合 業務課  
 〒010-0951  
 住 所 秋田県秋田市山王4丁目2-3 秋田県市町村会館内  
 電話番号 018-853-7155



〒  
住所  
氏名

秋田県後期高齢者医療広域連合長



## 後期高齢者医療保険料額決定通知書

年度分の後期高齢者医療保険料額を以下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							
決定年月日	年	月	日	決定理由	年度保険料額を決定しました							
年度分の後期高齢者医療保険料額											円	

### 保険料算定の基礎

①賦課のもととなる所得金額	②所得割率	③所得割額 ①×②	④均等割額	⑤算出額 ③+④	⑥限度超過額
⑦所得割軽減額	⑧均等割軽減額	⑨年保険料額 ⑤-⑥-⑦-⑧	月数	⑩月割減額	⑪保険料額 ⑨-⑩

- \* 後期高齢者医療保険料は、高齢者の医療の確保に関する法律第104条及び以下に掲げる秋田県後期高齢者医療に関する条例(以下、「広域連合条例」という。)の規定によって、 年 月 日現在の後期高齢者医療制度の被保険者に対して賦課されたものです。
- \* 保険料の算出方法は以下のとおりです。(広域連合条例第4条～14条、附則)  

$$\left. \begin{array}{l} \text{所得割額} = \text{賦課のもととなる所得金額} (\text{※1}) \times \text{所得割率} ( \quad / 100 ) \\ \text{均等割額} = \quad \quad \quad \text{円} \end{array} \right\} \begin{array}{l} \text{確定年保険料} \\ \text{[ 万円を限度とする]} \end{array}$$
 なお、 年4月1日以降に保険料の納付義務が発生又は消滅したときは月割りにて算定します。  
 ※1 賦課のもととなる所得金額 = 年中の所得 - 33万円
- \* 均等割額の軽減 (広域連合条例第14条、附則)  
 世帯内の後期高齢者医療制度の被保険者全員と世帯主の総所得金額等の合計額が以下のいずれかに該当する場合、均等割額から次の額が軽減されます。
 

33万円以下	・・・	円 (8.5割軽減)
内、世帯内の被保険者全員が年金収入80万円以下(その他各種所得がない)	・・・	円 (9割軽減)
33万円 + (27万5千円 × 被保険者数) 以下	・・・	円 (5割軽減)
33万円 + (50万円 × 被保険者数) 以下	・・・	円 (2割軽減)
- \* 後期高齢者医療制度に加入する前日において被用者保険の被扶養者であった方に対する軽減 (広域連合条例第15条、附則)  
 該当する場合、所得割が課されず、均等割額から次の額が軽減されます。 ・・・ 円 (5割軽減)  
 ただし、所得が低い方に対する軽減にも該当する方については、いずれか大きい方の額が軽減されます。
- \* 審査請求及び取消訴訟  
 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、秋田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、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなります。  
 この処分の取消しの訴えは、審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないときや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、裁決を経ずに提起することができます。この訴えは、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、秋田県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、秋田県後期高齢者医療広域連合長)として提起することができます。なお、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。  
 正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求や処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。
- \* 問い合わせ先  
 秋田県後期高齢者医療広域連合 業務課  
 〒010-0951  
 住 所 秋田県秋田市山王4丁目2-3 秋田市町村会館内  
 電話番号 018-853-7155

」に改める。

〒〇〇〇-〇〇〇〇

様

秋田県後期高齢者医療広域連合長 ○ ○ ○ ○ 印

後期高齢者医療保険料額変更決定通知書

平成 年度分の後期高齢者医療保険料額を以下のとおり変更しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号							
決定年月日	平成〇〇年〇月〇日	決 定 理 由	平成 年度保険料額を変更しました						
		平成 年度分の後期高齢者医療保険料額 円							

保険料算定の基礎

	①賦課のもととなる所得金額	②所得割率	③所得割額 ①×②	④均等割額	⑤算出額 ③+④	⑥限度超過額
変更前						
変更後						
	⑦所得割軽減額	⑧均等割軽減額	⑨年保険料額 ⑤-⑥-⑦-⑧	月数	⑩月割減額	⑪保険料額 ⑨-⑩
変更前						
変更後						

\* 後期高齢者医療保険料は、高齢者の医療の確保に関する法律第104条及び以下に掲げる秋田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(以下、「広域連合条例」という。)の規定によって、平成 年4月1日現在の後期高齢者医療制度の被保険者に対して賦課されたものです。

\* 保険料の算出方法は以下のとおりです。(広域連合条例第4条~14条、附則)  
 所得割額=賦課のもととなる所得金額(※1) × 所得割率( /100) } 確定年保険料  
 均等割額= 円 } [ 万円を限度とする]

なお、平成 年4月1日以降に保険料の納付義務が発生又は消滅したときは月割りにて算定します。

※1 賦課のもととなる所得金額=平成 年中の所得-33万円

\* 均等割額の軽減 (広域連合条例第14条、附則)

世帯内の後期高齢者医療制度の被保険者全員と世帯主の総所得金額等の合計額が以下のいずれかに該当する場合、均等割額から次の額が軽減されます。

- 33万円以下 . . . . . 円 (8.5割軽減)
- 内、世帯内の被保険者全員が年金収入80万円以下(その他各種所得がない) . . . . . 円 (9割軽減)
- 33万円 + (27万円 × 被保険者数) 以下 . . . . . 円 (5割軽減)
- 33万円 + (49万円 × 被保険者数) 以下 . . . . . 円 (2割軽減)

\* 所得割額の軽減 (広域連合条例附則)

賦課のもととなる所得金額が58万円以下の方は、所得割額が2割軽減されます。

\* 後期高齢者医療制度に加入する前日において被用者保険の被扶養者であった方に対する軽減 (広域連合条例第15条、附則)

該当する場合、所得割が課されず、均等割額から次の額が軽減されます。 . . . . . 円 (7割軽減)  
 ただし、所得が低い方に対する軽減にも該当する方については、いずれか大きい方の額が軽減されます。

\* 審査請求及び取消訴訟

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、秋田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、この処分のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなります。

この処分の取消しの訴えは、審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないときや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、裁決を経ずに提起することができます。この訴えは、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、秋田県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、秋田県後期高齢者医療広域連合長)として提起することができます。なお、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求や処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

\* 問い合わせ先

秋田県後期高齢者医療広域連合 業務課  
 〒010-0951  
 住 所 秋田県秋田市山王4丁目2-3 秋田県市町村会館内  
 電話番号 018-853-7155

〒	様
---	---

秋田県後期高齢者医療広域連合長



## 後期高齢者医療保険料額変更決定通知書

年度分の後期高齢者医療保険料額を以下のとおり変更しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号						
決定年月日	年 月 日	決定理由	年度保険料額を変更しました					
年度分の後期高齢者医療保険料額								円

保険料算定の基礎

	①賦課のもととなる所得金額	②所得割率	③所得割額 ①×②	④均等割額	⑤算出額 ③+④	⑥限度超過額
変更前						
変更後						
	⑦所得割軽減額	⑧均等割軽減額	⑨年保険料額 ⑤-⑥-⑦-⑧	月数	⑩月割減額	⑪保険料額 ⑨-⑩
変更前						
変更後						

\* 後期高齢者医療保険料は、高齢者の医療の確保に関する法律第104条及び以下に掲げる秋田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(以下、「広域連合条例」という。)の規定によって、 年 月 日現在の後期高齢者医療制度の被保険者に対して賦課されたものです。

\* 保険料の算出方法は以下のとおりです。(広域連合条例第4条～14条、附則)  
 所得割額=賦課のもととなる所得金額(※1) × 所得割率 ( /100) } 確定年保険料  
 均等割額= 円 } [ 万円を限度とする]

なお、 年4月1日以降に保険料の納付義務が発生又は消滅したときは月割りにて算定します。

※1 賦課のもととなる所得金額= 年中の所得-33万円

\* 均等割額の軽減 (広域連合条例第14条、附則)

世帯内の後期高齢者医療制度の被保険者全員と世帯主の総所得金額等の合計額が以下のいずれかに該当する場合、均等割額から次の額が軽減されます。

- 33万円以下 ・・・ 円 (8.5割軽減)
- 内、世帯内の被保険者全員が年金収入80万円以下(その他各種所得がない) ・・・ 円 (9割軽減)
- 33万円 + (27万5千円 × 被保険者数) 以下 ・・・ 円 (5割軽減)
- 33万円 + (50万円 × 被保険者数) 以下 ・・・ 円 (2割軽減)

\* 後期高齢者医療制度に加入する前日において被用者保険の被扶養者であった方に対する軽減 (広域連合条例第15条、附則)

該当する場合、所得割が課されず、均等割額から次の額が軽減されます。 ・・・ 円 (5割軽減)

ただし、所得が低い方に対する軽減にも該当する方については、いずれか大きい方の額が軽減されます。

\* 審査請求及び取消訴訟

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、秋田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、この処分のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなります。

この処分の取消しの訴えは、審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないときや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、裁決を経ずに提起することができます。この訴えは、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、秋田県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、秋田県後期高齢者医療広域連合長)として提起することができます。なお、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求や処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

\* 問い合わせ先

秋田県後期高齢者医療広域連合 業務課  
 〒010-0951  
 住 所 秋田県秋田市山王4丁目2-3 秋田市町村会館内  
 電話番号 018-853-7155

」に改める。

様式第36号中「

文書番号  
年 月 日

〒  
住所  
氏名

〇〇年分 後期高齢者医療簡易申告書

秋田県後期高齢者医療広域連合長

年 月 日提出

この申告書は 年度後期高齢者医療保険料算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 日生◎	職業	
現住所		電話	(世帯主の氏名及び続柄)

① 所得金額等

所得の種類	収入金額	必要経費 (専従者給与額・控除額を含む)	所得金額( - )	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			
専従者 控除		円		※給与収入額の内数
年金	円			※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	
	円	円	円	

② 譲渡所得に関する事項

資産の種類 (○で囲んでください)	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 その他( )
2 その他の資産			

(回答、問い合わせ先)

自治体名

〒

住所

電話番号

」を「

文 書 番 号  
年 月 日

〒  
住所  
氏名

〇〇年分 後期高齢者医療簡易申告書

秋田県後期高齢者医療広域連合長

年 月 日提出

この申告書は 年度後期高齢者医療保険料算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 ㉑	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	㉒収入金額	㉓必要経費 (専従者給与額・控除額を含む)	㉔所得金額 (㉒-㉓)	備 考
営 業	円	円	円	
不 動 産	円	円	円	
農 業	円	円	円	
専 従 者 除 給 与	円	円	円	※営業、不動産、農業の 必要経費の内数
専 従 者 除 年 金	円	円	円	※給与収入額の内数
譲 渡	円	円	円	※遺族年金・障害年金等 非課税年金を除く
そ の 他	円	円	円	※下記②欄に必要事項を 記入してください
	円	円	円	

② 譲渡所得に関する事項

資産の種類 (〇で囲んでください)	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 その他 ( )
2 その他の資産			

(回答、問い合わせ先)

自治体名  
〒  
住 所  
電話番号

」に改める。

様式第 39 号中「

## 後 期 高 齢 者 医 療 移 送 費 支 給 申 請 書

受付日 平成 年 月 日

決定日 平成 年 月 日

保険者番号		個人番号			
被保険者番号		移 受 送 け を た	被保険者氏名		
			生年月日	年	月

傷 病 名			発 病 又 は 負 傷	年	月	日
傷 病 の 原 因						
移 送 経 路				移送距離	Km	
移 送 方 法				移送年月日	年	月 日
付 添 い が あ っ た 場 合	付 添 人 の 氏 名					
	付 添 人 の 住 所					
疾 病 又 は 負 傷 の 原 因 が 第 三 者 の 行 為 に よ る 場 合	第 三 者 の 氏 名					
	第 三 者 の 住 所					

移送に要した費用額	円
審査認定額	円
支給金額	円

支 払 金 融 機 関	支払区分	口座振込	預 金 種 別	1 : 普通	銀行	支店・本店	
					2 : 当座	農協	支店・本店
					3 :	信組	支店・本店
					4 :	金庫	支店・本店
	金融機関コード						
	口座番号				口座名義人 (カタカナ)		

上記のとおりに移送に要した費用に関する証拠書類を添えて申請いたします。

平成 年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

受 領 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日	
	申請者	氏名 _____ 印
	代理人の 氏 名	(フリガナ) _____ 印
	代理人の 住 所	郵便番号 _____

」を「

## 後 期 高 齢 者 医 療 移送費支給申請書

受付日                    年    月    日  
決定日                    年    月    日

保険者番号		個人番号		
被保険者番号		移送を受けた人	被保険者氏名	
			生年月日	年 月 日

傷病名		発病又は 負傷年月日	
傷病の原因			
移送経路			移送距離                    Km
移送方法			移送年月日                    年 月 日
付添いが あった場合	付添人の氏名		
	付添人の住所		
疾病又は負傷の 原因が第三者の 行為による場合	第三者の氏名		
	第三者の住所		

移送に要した費用額	円
審査認定額	円
支給金額	円

支払金融機関	支払区分	口座振込	預金種別	1：普通	銀行	支店・本店	
					2：当座	農協	支店・本店
					3：	信組	支店・本店
					4：	金庫	支店・本店
	金融機関コード						
	口座番号				口座名義人 (カタカナ)		

上記のとおりに移送に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年    月    日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

〒

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

電話番号 \_\_\_\_\_

受領代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。                    年 月 日	
	申請者	氏名 _____ ㊟
	代理人の氏名	(フリガナ) _____ ㊟
	代理人の住所	郵便番号 [ ][ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ] _____

」に改める。

様式第40号中「

後期高齢者医療高額療養費支給申請書兼申立・誓約書

被保険者番号									フリガナ 被保険者 氏名	
個人番号										
生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	性別	男・女	電話番号			
<p>秋田県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。          なお、過誤調整等により、相殺すべき事由が生じた場合は、相殺しての支給を承諾いたします。</p> <p>私は、相続代表人として、上記被相続人（死亡した被保険者）死亡後における、被相続人に係る後期高齢者医療給付費（高齢者の医療の確保に関する法律第56条）の申請、請求及び受領を行うことを申し立てます。          なお、他の相続人に対しましては、私（申立者）が責任を持って異議がないように処理をすることを申し添えます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p>申請者及び申立者 住所 _____</p> <p style="text-align: center;">(相続代表人) 氏名カナ _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____ ㊟</p> <p style="text-align: center;">死亡した被保険者との続柄 _____</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____ ( ) _____</p>										
振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合			本店 支店・支所			預金種別	普通当座		
	金融機関コード			店舗コード						
口座番号										
口座名義人カナ										

委任欄	本請求に基づく高額療養費の受領を下記代理人に委任します。									
	平成 年 月 日									
	申請者及び申立者 住所 _____									
	(委任者) 氏名 _____ ㊟									
代理人 住所 _____										
(受任者) 氏名 _____ ㊟										

※口座名義人が申請者及び申立者と異なる場合にご記入ください。  
(被保険者死亡時用)

」を「



後期高齢者医療高額療養費支給申請書兼申立・誓約書

被保険者番号									フリガナ 被保険者 氏名	
個人番号										
生年月日	明治 大正	年	月	日	性別	男・女	電話番号			
発病又は負傷の理由	1: 第三者行為 (交通事故等) 2: その他 (自損事故・疾病等)									
<p>秋田県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。          なお、過誤調整等により、相殺すべき事由が生じた場合は、相殺しての支給を承諾いたします。</p> <p>私は、相続代表人として、上記被相続人 (死亡した被保険者) 死亡後における、被相続人に係る後期高齢者医療給付費 (高齢者の医療の確保に関する法律第56条) の申請、請求及び受領を行うことを申し立てます。          なお、他の相続人に対しましては、私 (申立者) が責任を持って異議がないように処理をすることを申し添えます。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住 所 _____</p> <p>申請者及び申立者 _____</p> <p>(相続代表人) 氏名カナ _____</p> <p>氏 名 _____ ㊟</p> <p>死亡した被保険者との続柄 _____</p> <p>電話番号 _____ ( ) _____</p>										
振込先	銀行 協同組合 信用組合 信用金庫	本 店			預金種別	普通 当 座 その他				
	金融機関コード	支店・支所								
		店 舗 コード								
口座番号										
口座名義人カナ										

受領代理人の欄	本請求に基づく高額療養費の受領を下記代理人に委任します。
	年 月 日
	申請者及び申立者 氏名 _____ ㊟
	代理人(受任者) 住 所 _____
	氏 名 _____ ㊟

」に改める。

様式第 4 1 号中「

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	申請区分	1.新規	2.変更	3.取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号
申請形態 1.計算期間末日以降申請(期間中死亡・生保適用・海外移住者なし) 2.計算期間末日以降申請(期間中死亡者あり) 3.計算期間末日以降申請(期間中生保適用・海外移住者あり) 4.死亡・海外移住等計算期間中申請						
フリガナ	生年月日	生	性別	個人番号	計算期間の始期及び終期	
氏名						
国民健康保険資格情報						
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間	
1.世帯主 2.探制世帯主 3.世帯員						
後期高齢者医療資格情報						
保険者番号	被保険者番号	広域連合名称			加入期間	
介護保険資格情報						
保険者番号	被保険者番号	保険者名称			加入期間	
支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号
2.口座振込					1.普通預金 2.当座預金 9.その他	口座名義人(フリガナ)
振込先口座管理番号						
保険者名		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号		備考欄
保険者加入歴	1					
	2					
	3					
	4					
	5					

〒010-0951 秋田県秋田市山王四丁目2番3号 秋田県市町村会館内(1F)  
秋田県後期高齢者医療広域連合 殿

平成 年 月 日 住所

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。 郵便番号

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。 申請代理者

※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。 氏名

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。 電話番号

人中	人目	枚中	枚目
----	----	----	----

」を「

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		申請区分			1.新規			2.変更		3.取下げ		(保険者等記入欄)		支給申請書整理番号	
申請形態				1.計算期間末日以降申請(期間中死亡・生保適用・海外移住者なし)				2.計算期間末日以降申請(期間中死亡者あり)				3.計算期間末日以降申請(期間中生保適用・海外移住者あり)		4.死亡・海外移住等計算期間中申請	
フリガナ		氏名			生年月日		生		性別		個人番号		計算期間の始期及び終期		
国民健康保険資格情報															
保険者番号		被保険者証記号		被保険者証番号		続柄		保険者名称		加入期間					
						1.世帯主 2.配偶者 3.世帯員									
後期高齢者医療資格情報															
保険者番号		被保険者番号				広域連合名称		加入期間							
介護保険資格情報															
保険者番号		被保険者番号				保険者名称		加入期間							
支払方法		口座管理番号	振込口座記入欄	金融機関コード		店舗コード	種目	口座番号		口座名義人(フリガナ)		振込先口座管理番号			
2.口座振込							1.普通預金 2.当座預金 3.その他								
		保険者名		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号		備考欄							
保険者加入歴		1													
		2													
		3													
		4													
		5													
〒010-0951 秋田県秋田市山王四丁目2番3号 秋田県市町村会館内(1F) 秋田県後期高齢者医療広域連合 様															
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。 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。 ※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、③のみを丸で囲んでください。										申請者代表 〒 住 所 氏 名 電話番号					
										印					
										人中	人目	枚中	枚目		

」に改める。

様式第42号中「

## 申立・誓約書

平成 年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

〒  
申立者 住所 \_\_\_\_\_  
(相続人代表者) フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

死亡した被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

私は、相続人代表として、下記被相続人（死亡した被保険者）死亡後における、被相続人に係る後期高齢者医療給付費（高齢者の確保に関する法律第56条）の申請、請求及び受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人に対しましては、私（申立者）が責任を持って異議のないように処理することを申し添えます。

(死亡した被保険者の住所)

〒 \_\_\_\_\_

(死亡した被保険者の氏名)

\_\_\_\_\_ (平成 年 月 日死亡)  
被保険者番号 ( \_\_\_\_\_ )

」を「

# 申立・誓約書

年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

〒  
申立者 住 所 \_\_\_\_\_  
(相続人代表者) フリガナ \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

死亡した被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

私は、相続人代表として、下記被相続人（死亡した被保険者）死亡後における、被相続人に係る後期高齢者医療給付費（高齢者の確保に関する法律第 56 条）の申請、請求及び受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人に対しましては、私（申立者）が責任を持って異議のないように処理することを申し添えます。

(死亡した被保険者の住所)

〒  
\_\_\_\_\_

(死亡した被保険者の氏名)

\_\_\_\_\_ ( 年 月 日死亡)  
被保険者番号 ( )

」に改める。

附 則

この規則は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。