

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3月29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6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14条第1項第1号中「あんま」を「あん摩」に改め、同条第3項中「後期高齢者医療給付支給決定通知書」を「後期高齢者医療給付支給決定通知書（様式第15号）」に、「後期高齢者医療給付支給申請却下通知書」を「後期高齢者医療給付支給申請却下通知書（様式第16号）」に改め、同項に次のただし書を加える。

ただし、はり、きゅう及びあん摩・マッサージの施術に係る療養費の支給決定については、後期高齢者医療給付支給決定通知書（様式第15号の2）により当該被保険者に対し通知するものとする。

第15条第2項中「後期高齢者医療給付支給決定通知書」を「後期高齢者医療給付支給決定通知書（様式第15号）」に、「後期高齢者医療給付支給申請却下通知書」を「後期高齢者医療給付支給申請却下通知書（様式第16号）」に改める。

第20条第3項中「後期高齢者医療給付支給決定通知書」を「後期高齢者医療給付支給決定通知書（様式第15号）」に、「後期高齢者医療給付支給申請却下通知書」を「後期高齢者医療給付支給申請却下通知書（様式第16号）」に改める。

号)」に改める。

第21条第3項中「後期高齢者医療給付決定通知書」を「後期高齢者医療給付支給決定通知書（様式第15号の3）」に、「後期高齢者医療給付支給申請却下通知書」を「後期高齢者医療給付支給申請却下通知書（様式第16号）」に改める。

第23条第2項中「後期高齢者医療給付支給決定通知書」を「後期高齢者医療給付支給決定通知書（様式第15号）」に、「後期高齢者医療給付支給申請却下通知書」を「後期高齢者医療給付支給申請却下通知書（様式第16号）」に改める。

様式第15号中「（第12条関係）」を「（第12条、第14条、第15条、第20条、第23条関係）」に改め、同様式中「

| 表面 | | 裏面 |
|---|-------------------------------------|---|
| 年 月 日 | | |
| 後期高齢者医療給付支給決定通知書 | | 不服がある場合の審査請求について |
| 秋田県後期高齢者医療広域連合長 印 | | |
| 後期高齢者医療給付の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。 | | |
| 給付の種類 | | <p>この決定に不服があるときは、この決定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、この決定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。</p> <p>この決定の取消しの訴えは、審査請求の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決定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、決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。</p> <p>正当な理由があるときは、上記の期間やこの決定（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決定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。</p> |
| 被保険者番号 | | |
| 被保険者氏名 | | |
| 根拠となる年月等 | | |
| 支給金額 | | |
| 支払予定日 | | |
| 支払方法 | 支払方法 : 金融機関名 : 店名 : 口座名義 : | |
| ※ 支給申請時に指定された口座に振り込みいたしますが、口座番号等に誤りがあると、講座情報の再確認の為、口座への入金日は、支給予定日より10日程遅くなる場合がありますので、ご了承ください。 | | |
| ◎ 不服がある場合の審査請求については、裏面をご覧ください。 | | |

」を「

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--------|--|--------|--|----------|--|------|--|-------|--|------|-------------------------------------|--|
| <p style="text-align: center;">表面</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">後期高齢者医療給付支給決定通知書</p> <hr/> <p style="text-align: center;">秋田県後期高齢者医療広域連合長 印</p> <p>後期高齢者医療給付の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30%;">給付の種類</td><td></td></tr> <tr><td>被保険者番号</td><td></td></tr> <tr><td>被保険者氏名</td><td></td></tr> <tr><td>根拠となる年月等</td><td></td></tr> <tr><td>支給金額</td><td></td></tr> <tr><td>支払予定日</td><td></td></tr> <tr><td>支払方法</td><td>支払方法 : 金融機関名 : 店名 : 口座名義 :</td></tr> </table> <p>※ 支給申請時に指定された口座に振り込みいたしますが、口座番号等に誤りがあると、口座情報の再確認の為、口座への入金日は、支払予定日より10日程遅くなる場合がありますので、ご了承ください。</p> <p>◎ 不服がある場合の審査請求については、裏面をご覧ください。</p> | 給付の種類 | | 被保険者番号 | | 被保険者氏名 | | 根拠となる年月等 | | 支給金額 | | 支払予定日 | | 支払方法 | 支払方法 : 金融機関名 : 店名 : 口座名義 : | <p style="text-align: center;">裏面</p> <p style="text-align: center;">不服がある場合の審査請求について</p> <hr/> <p>この決定に不服があるときは、この決定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、この決定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。</p> <p>この決定の取消しの訴えは、審査請求の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決定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、決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。</p> <p>正当な理由があるときは、上記の期間やこの決定（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決定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。</p> |
| 給付の種類 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 根拠となる年月等 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給金額 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払予定日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払方法 | 支払方法 : 金融機関名 : 店名 : 口座名義 : | | | | | | | | | | | | | | |

」に改め、同様式の次に次の2様式を加える。

様式第15号の2（第14条関係）

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|--|--------|--|--------|--|----------|--|------|--|------|--|-------|--|-----|--|--|
| <p style="text-align: center;">表面</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">後期高齢者医療給付支給決定通知書</p> <hr/> <p style="text-align: center;">秋田県後期高齢者医療広域連合長 印</p> <p>後期高齢者医療給付の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30%;">給付の種類</td><td></td></tr> <tr><td>被保険者番号</td><td></td></tr> <tr><td>被保険者氏名</td><td></td></tr> <tr><td>根拠となる年月等</td><td></td></tr> <tr><td>診療日数</td><td></td></tr> <tr><td>支給金額</td><td></td></tr> <tr><td>支払予定日</td><td></td></tr> <tr><td>支給先</td><td></td></tr> </table> <p>※ 上記の支給金額は、はり、きゅう及びあん摩・マッサージに係る療養費の受領について、あなたが委任した施術事業者等に支給されます。</p> <p>◎ 不服がある場合の審査請求については、裏面をご覧ください。</p> | 給付の種類 | | 被保険者番号 | | 被保険者氏名 | | 根拠となる年月等 | | 診療日数 | | 支給金額 | | 支払予定日 | | 支給先 | | <p style="text-align: center;">裏面</p> <p style="text-align: center;">不服がある場合の審査請求について</p> <hr/> <p>この決定に不服があるときは、この決定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、この決定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。</p> <p>この決定の取消しの訴えは、審査請求の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決定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、決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。</p> <p>正当な理由があるときは、上記の期間やこの決定（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決定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。</p> |
| 給付の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 根拠となる年月等 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療日数 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給金額 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払予定日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給先 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

様式第15号の3（第21条関係）

表面

裏面

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--------|--|--------|--|--------|--|------|--|-------|--|------|-------------------------------------|--|
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 後期高齢者医療給付支給決定通知書 | 不服がある場合の審査請求について | | | | | | | | | | | | | | |
| 秋田県後期高齢者医療広域連合長 印 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 後期高齢者医療給付の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。 | この決定に不服があるときは、この決定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、この決定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。 | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>給付の種類</td> <td></td> </tr> <tr> <td>被保険者番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>被保険者氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>計算対象期間</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給金額</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支払予定日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支払方法</td> <td> 支払方法 : 金融機関名 : 店名 : 口座名義 : </td> </tr> </table> | 給付の種類 | | 被保険者番号 | | 被保険者氏名 | | 計算対象期間 | | 支給金額 | | 支払予定日 | | 支払方法 | 支払方法 : 金融機関名 : 店名 : 口座名義 : | この決定の取消しの訴えは、審査請求の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決定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、決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。 |
| 給付の種類 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 計算対象期間 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給金額 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払予定日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払方法 | 支払方法 : 金融機関名 : 店名 : 口座名義 : | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>※ 支給申請時に指定された口座に振り込みいたしますが、口座番号等に誤りがあると、口座情報の再確認の為、口座への入金日は、支給予定日より10日程遅くなる場合がありますので、ご了承ください。</p> <p>◎ 不服がある場合の審査請求については、裏面をご覧ください。</p> | 正当な理由があるときは、上記の期間やこの決定（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決定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。 | | | | | | | | | | | | | | |

様式第16号中「様式第16号（第12条関係）」を「様式第16号（第12条、第14条、第15条、第20条、第21条、第23条）」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 |
| 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>年 月 日</p> <p>申請者 〒 住所</p> <p>氏名 ⑩</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 | 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（委任者）氏名 _____ ⑩ |
| | 代理人（受任者）住所 _____ |
| | 氏名 _____ ⑩ |

」を「

年 月 日

| | |
|-----|--|
| 保険者 | |
| | |

様

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 | 年 月 日 | 性別 | 電話番号 |

| | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| 他の制度により自己負担額相当分額またはその一部の支給を受けられるか否か | |
| 受けられる | (制度名一) (費用徴収の有・無) |
| 受けられない | |
| 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) |

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()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

| | | | | |
|-----------------|-----------------------------------|--------------|-------------|-------------|
| 振込先 | 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 () | 本店・支店 () | 預金種別 () | 普通当座 () |
| | 口座番号等 左記記載して下さい | | | |
| 口座名義人 (カタカナ) | 口座名義人(カタカナ) | | | |

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記載してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

| |
|------------------------|
| 秋田県後期高齢者医療広域連合長 様 |
| 上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。 |
| 年 月 日 |
| 申請者 住所 氏名 印 |

| | |
|---------|--------------------------------|
| 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 (フリガナ) 印 |
| | 代理人の氏名 郵便番号 住所 |

」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 | | | |
| 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 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 | | | | | | | | | | |
| 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 | _____ ㊞ | | | | | | | | |

」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 昭和 | 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 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 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 | | | | | |

| | |
|---------|----------------------------|
| 受領代理人の欄 | 本請求に基づく高額療養費の受領を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42号中「

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 ()

」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。