

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28年2月15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3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。

様式第2号中「

年 月 日

様

秋田県後期高齢者医療広域連合長 印

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

この処分に不服があるときは、この処分を受けた日の翌日から起算して60日以内に、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、この処分の取消の訴えは、審査請求の決裁を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても決裁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、決裁を経なくても提起できます。この訴えは、決裁の送達を受け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）として提起できます。ただし、原則として、決裁の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問い合わせ先

_____市町村_____課

〒

住 所

電話番号 ()

」を「

年 月 日

様

秋田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	

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が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

_____市町村_____課

〒

住 所

電話番号 ()

」に改める。

様式第13号中「

年 月 日

様

秋田県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療基準収入額適用申請却下通知書

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

被 保 険 者 番 号	
氏 名	
却 下 年 月 日	年 月 日
却 下 理 由	

不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、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、この処分の取消の訴えは、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、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。

問い合わせ先

市町村 課

〒

住 所

電話番号

」を「

年 月 日

様

秋田県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療基準収入額適用申請却下通知書

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

被 保 険 者 番 号	
氏 名	
却 下 年 月 日	年 月 日
却 下 理 由	

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が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

市町村 課

〒

住 所

電話番号

」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		療 養 を 受 け た	被保険者氏名	
被保険者番号			適用区分	低Ⅱ(長期非該当)・低Ⅱ(長期該当)・低Ⅰ
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。				
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抛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
				2: 当座	農協	支店・本店
	金融機関コード			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

〒

住 所 _____

申請者 氏 名 _____ 印

連 絡 先 _____

受 理 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)	
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 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抛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:)	
			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	
	金融機関コード				2: 当座	農協 支店・本店
						3:
	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	氏名 _____ 印
	代理人の氏名	(フリガナ) _____ 印
代理人の住所	郵便番号	_____

」に改める。

様式第15号中「

表面	裏面														
年 月 日															
<p>後期高齢者医療給付支給決定通知書</p> <hr/> <p style="text-align: right;">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>	<p>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60日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。</p> <p>なお、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いと、提起できませんが、審査請求のあった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は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、裁決を経ないでも提起できます。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、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）として提起できます。</p> <p>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>														
<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>	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 :	
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>※ 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。</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>															

」を「

表面	裏面														
年 月 日															
<p>後期高齢者医療給付支給決定通知書</p> <hr/> <p style="text-align: right;">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>	<p>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>														
<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>	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 :	
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>※ 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。</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>															

」に改める。

様式第16号中「

表面

裏面

<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申請却下通知書</p> <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>不支給理由</td> <td></td> </tr> <tr> <td>備考</td> <td></td> </tr> </table> <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		不支給理由		備考		<p style="text-align: center;">不服がある場合の審査請求について</p> <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60日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。</p> <p>なお、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いと、提起できませんが、審査請求のあった日から3か月を経過しても裁決がないとき又は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、裁決を経ないでも提起できます。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、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）として提起できます。</p> <p>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>
給付の種類											
被保険者番号											
被保険者氏名											
不支給理由											
備考											

」を「

表面

裏面

<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申請却下通知書</p> <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>不支給理由</td> <td></td> </tr> <tr> <td>備考</td> <td></td> </tr> </table> <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		不支給理由		備考		<p style="text-align: center;">不服がある場合の審査請求について</p> <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											
不支給理由											
備考											

」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
〒

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

連 絡 先 _____

受 理 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 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
	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 _____

」に改める。

様

秋田県後期高齢者医療広域連合長 印

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、この処分を受けた日の翌日から起算して60日以内に、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、この処分の取消の訴えは、審査請求の決裁を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても決裁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、決裁を経なくても提起できます。この訴えは、決裁の送達を受け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）として提起できます。ただし、原則として、決裁の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問い合わせ先

市町村 課

〒

住 所

電話番号 ()

」を「

年 月 日

様

秋田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	

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

_____市町村_____課

〒

住 所

電話番号 ()

」に改める。

様式第26号中「

年 月 日

様

秋田県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額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67条第1項に基づく限度額適用・標準負担額減額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

この処分に不服があるときは、この処分を受けた日の翌日から起算して60日以内に、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、この処分の取消の訴えは、審査請求の決裁を経た後でない限り、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても決裁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、決裁を経なくても提起できます。この訴えは、決裁の送達を受け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）として提起できます。ただし、原則として、決裁の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問い合わせ先

市町村 課

〒

住 所

電話番号 ()

」を「

年 月 日

様

秋田県後期高齢者医療広域連合長 

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第67条第1項に基づく限度額適用・標準負担額減額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	

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が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

_____市町村_____課

〒

住 所

電話番号 ()

」に改める。

様式第27号中「

年 月 日

様

秋田県後期高齢者医療広域連合長 

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の返還通知書

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

減額認定証と被保険者証にこの減額認定証の返還通知を添えて、 年 月 日までに返還してください。

被 保 険 者 番 号	
氏 名	

不服申立て及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分を受けた日の翌日から起算して60日以内に、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、この処分の取消の訴えは、審査請求の決裁を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても決裁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、決裁を経なくても提起できます。この訴えは、決裁の送達を受け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）として提起できます。ただし、原則として、決裁の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問い合わせ先

_____市町村_____課

〒

住 所

電話番号 ()

」を「

年 月 日

様

秋田県後期高齢者医療広域連合長 

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の返還通知書

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

減額認定証と被保険者証にこの減額認定証の返還通知を添えて、 年 月 日まで
に返還してください。

被 保 険 者 番 号	
氏 名	

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

_____市町村_____課

〒

住 所

電話番号 ()

」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
死亡の場所				
死亡の原因				
そ の 他				
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	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>		2: 当座	農協	支店・本店	
		<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>		3:	信組	支店・本店	
口座番号		<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>		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 _____
 連 絡 先 _____

受理代理人の欄	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 style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>

」を「

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

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	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>		2: 当座	農協	支店・本店
	口座番号	<input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>		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 干

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	印
	代理人の 住 所	

(フリガナ)

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 _____ ⑩
	連絡先 _____

」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 (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。	
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 _____

」に改める。

様式第31号中「

第 号
年 月 日

様

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 制 限 通 知 書

下記のとおり決定したので通知します。

記

1. 給付制限内容

- 1) 被保険者番号
- 2) 被保険者氏名
- 3) 対象期間
- 4) 医療費
- 5) 給付制限金額
- 6) 給付制限理由

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60日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、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと提起できませんが、審査請求のあった日から3ヶ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ないでも提起できます。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ヶ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。

問い合わせ先

秋田県後期高齢者医療広域連合

〒010-0951

住 所 秋田市山王四丁目2番3号 秋田県市町村会館1階

電話番号 018-853-7155

」を「

第 号
年 月 日

様

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. 給付制限内容

- 1) 被保険者番号
- 2) 被保険者氏名
- 3) 対象期間
- 4) 医療費
- 5) 給付制限金額
- 6) 給付制限理由

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、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

〒010-0951

住 所 秋田市山王四丁目2番3号 秋田市町村会館1階

電話番号 018-853-7155

」に改める。

様

秋田県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療一部負担金未収金徴収申立却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律第67条第2項に基づく一部負担金未収金の徴収申立については、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	
療 養 を 受 け た 名 被 保 険 者 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、この処分を受けた日の翌日から起算して60日以内に、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、この処分の取消の訴えは、審査請求の決裁を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても決裁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、決裁を経なくても提起できます。この訴えは、決裁の送達を受け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）として提起できます。ただし、原則として、決裁の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

問い合わせ先

_____市町村_____課

〒

住 所

電話番号 ()

」を「

年 月 日

様

秋田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未収金徴収申立却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律第67条第2項に基づく一部負担金未収金の徴収申立については、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	
療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名	
却 下 年 月 日	年 月 日
却 下 理 由	

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

_____市町村_____課

〒

住 所

電話番号 ()

」に改める。

様式第34号中「

〒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
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 + (26万円 × 被保険者数) 以下 . . . 円 (5割軽減)
33万円 + (47万円 × 被保険者数) 以下 . . . 円 (2割軽減)

* 所得割額の軽減 (広域連合条例第14条、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5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 (9割軽減)

* 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60日以内に、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、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求のあった日から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、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

」を「

〒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 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
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 + (26.5万円 × 被保険者数) 以下 円 (5割軽減)
33万円 + (48万円 × 被保険者数) 以下 円 (2割軽減)

* 所得割額の軽減 (広域連合条例第14条、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5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 (9割軽減)

* 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

」に改める。

様式第35号中「

文 書 番 号
平成〇〇年〇月〇日

〒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 + (26万円 × 被保険者数) 以下 円 (5割軽減)
33万円 + (47万円 × 被保険者数) 以下 円 (2割軽減)

* 所得割額の軽減 (広域連合条例第14条、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5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 (9割軽減)

* 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60日以内に、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、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求のあった日から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、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

」を「

文書番号
平成〇〇年〇月〇日

〒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 + (26.5万円 × 被保険者数) 以下 円 (5割軽減)
33万円 + (48万円 × 被保険者数) 以下 円 (2割軽減)

* 所得割額の軽減 (広域連合条例第14条、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5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 (9割軽減)

* 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、審査請求に対する判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か月を経過しても判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、判決を経ずに提起することができます。この訴えは、判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、審査請求に対する判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

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

傷 病 名		発 病 又 は 負 傷 年 月 日	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
	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

連絡先 _____

受理代理人の欄	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 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 日

傷 病 名		発 病 又 は 負 傷 年 月 日	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 -

」に改める。

附 則

この規則は、平成28年4月1日から施行する。