

秋田県後期高齢者医療広域連合高額療養費特別支給金支給規則をここに公布する。

平成21年9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7号

秋田県後期高齢者医療広域連合高額療養費特別支給金支給規則

(趣旨)

第1条 平成20年4月2日から12月31日までの間において、月の初日以外の日において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。)第52条第1号に該当するに至ったことにより後期高齢者医療制度の被保険者となった者(以下「特定期間年齢到達者」という。)については、75歳に到達したことによりそれまで加入していた医療保険制度から後期高齢者医療制度に移行することにより家計の負担が増加することがあったことから、当該負担増加相当額について高額療養費特別支給金(以下「支給金」という。)を支給する。なお、支給金の支給については、別に定める場合を除き、この規則に定めるところによる。

(支給対象者)

第2条 支給金の支給の対象者は、特定期間年齢到達者が法第52条第1号に該当するに至った日(以下「到達日」という。)の属する月(以下「到達月」という。)に後期高齢者医療制度の被保険者として受けた療養(以下「到達月の療養」という。)について、高齢者の医療の確保に関する法律施行令等の一部を改正する政令(平成20年政令第357号。以下「改正令」という。)第1条による改正前の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「高齢者医療確保令」という。)の規定により支給される高額療養費及び他の公費負担(地方単独事業による負担を除く。以下同じ。)の支給後の自己負担額(以下「改正前の高齢者医療確保令による自己負担額」という。)が、仮に改正令第1条による改正後の高齢者医療確保令の規定を適用したとするならば支給されることとなる高額療養費及び他の公費負担の支給後の自己負担額(以下「改正後の高齢者医療確保令による自己負担額」という。)を超える者(以下「支給対象者」という。)とする。

(支給金の額)

第3条 支給対象者に対して支給する支給金の額は、当該支給対象者の到達月の療養に係る改正前の高齢者医療確保令による自己負担額から当該到達月の療養に係る改正後の高齢者医療確保令による自己負担額を控除して得た額とする。

2 前項の規定にかかわらず、支給対象者が到達月において属する世帯に他の被保険者がいる場合であって、到達月において当該他の被保険者が後期高齢者医療制度の被保険者として受けた療養について改正前の高齢者医療確保令の規定により支給される高額療養費の額から当該療養について仮に改正令第1条による改正後の高齢者医療確保令の規定

を適用したとするならば支給されることとなる高額療養費の額を控除して得た額（以下「他の被保険者に係る高額療養費の差額」という。）がある場合には、当該支給対象者に対して支給される支給金の額は、同項により支給される額から当該他の被保険者に係る高額療養費の差額を控除して得た額とする。

（支給方法）

第4条 支給金は、支給対象者からの申請に基づき、広域連合において高額療養費特別支給金支給申請書（様式第1号）の内容及び必要書類の有無等を審査したうえで、前条に規定する支給金の額がある場合に支給することとする。

2 支給対象者が死亡している場合は、支給対象者の相続人代表者（以下「相続人」という。）に支給を行う。その際、相続人は、高額療養費特別支給金支給申請書（相続人）（様式第2号）を提出することとする。

（支給決定）

第5条 広域連合長は、前条により、支給金の支給を認めることに決定したときには、後期高齢者医療給付支給決定通知書（様式第3号）により、支給金の支給を認めないことに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4号）により、支給対象者に通知する。

（支給金の額の計算の対象となる療養の範囲）

第6条 支給金の額の計算の対象となる療養は、平成22年1月29日までに広域連合において確認した療養とする。

（支給申請受付開始日及び支給申請期限）

第7条 支給金の支給申請受付開始日は平成21年10月1日とし、支給申請期限は平成22年1月29日とする。

（申請が行われなかった場合等の取扱い）

第8条 支給申請期限までに支給対象者からの申請が行われなかった場合は、支給金の受領を辞退したものとする。また、支給の決定を行った後、申請書の不備による振込不能等の事由により支給できなかった場合において、広域連合長が補正等を求めたにもかかわらず、平成22年3月31日までに支給対象者による補正等が行われなかったときは、当該申請は取り下げられたものとする。

附 則

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則は、平成22年5月31日限り、その効力を失う。

住所 _____

氏名 _____ 様

保険者	

高額療養費特別支給金支給申請書

被保険者番号		氏名	
支給(申請)金額		申請期限	平成22年 1月 29日(金)

「高額療養費特別支給金の申請手続について」(別紙)に記載している
「3.留意事項」の内容に同意のうえ、上記支給金について次のとおり申請します。

次の1~2のいずれかの()内につけ、一番下の欄に名前を記入してください。

() 1. 次の口座への振込を希望する。

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 左詰記載して下さい				
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人及びカタカナは左づめで記入してください。姓と名の間は1字あけてください。
ゆうちょ銀行の場合は、「ゆうちょ」と記入してください。

() 2. 支給金の受領を希望しない。

<p>申請者氏名</p>	<p>印</p>
<p>記名押印に代えて署名も可能です。</p>	

#	本請求に基づく高額療養費特別支給金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 _____ (印)
	代理人 住所
	(受任者) 氏名 _____ (印)

住所 _____

氏名 _____ 様

保険者	

高額療養費特別支給金支給申請書(相続人)

被保険者番号		氏名	
支給(申請)金額		申請期限	平成22年 1月 29日(金)

「高額療養費特別支給金の申請手続について」(別紙)に記載している「3.留意事項」の内容に同意のうえ、上記支給金について次のとおり申請します。

次の1~2のいずれかの()内につけ、一番下の欄に名前を記入してください。

() 1. 次の口座への振込を希望する。

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 左詰記載して下さい							
口座名義人 (カタカナ)							

口座名義人及びカタカナは左づめで記入してください。姓と名の間は1字あけてください。
ゆうちょ銀行の場合は、「ゆうちょ」と記入してください。

() 2. 支給金の受領を希望しない。

<h3>申請者氏名</h3>	<h3>印</h3>
記名押印に代えて署名も可能です。	

#	本請求に基づく高額療養費特別支給金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 _____ (印) 代理人 住所 (受任者) 氏名 _____ (印)
---	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

裏面も忘れずに記入してください。

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 (相続人代表者) 住所 〒 _____
シメイカナ 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、被相続人に係る高額療養費特別支給金の申請、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（ _____ ）

住 所 _____
氏 名 _____ 様

保 険 者	

秋田県後期高齢者医療広域連合長

印

高額療養費特別支給金支給決定通知書

後期高齢者医療に係る高額療養費特別支給金の支給については、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. 根拠となる年月等
4. 支給金額
5. 支給予定日
口座に入金されるのは、支払予定日から5日前後になることがあります。
6. 支払方法 口座振込

問い合わせ先

〒 _____
住 所 _____
電話番号 _____

住 所 _____
氏 名 _____ 様

保 険 者	

秋田県後期高齢者医療広域連合長

印

高額療養費特別支給金支給申請却下通知書

後期高齢者医療に係る高額療養費特別支給金の支給については、次のとおり却下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 . 申請却下理由

問い合わせ先

〒 _____
住 所 _____
電話番号 _____