

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 22 年 7 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 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 3 月 28 日規則第 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「はり、きゅう及びあんま・マッサージの施術に係る療養費の取扱いについて(平成 9 年 12 月 1 日保発第 150 号厚生省保険局医療課長通知)の別紙 1 及び別紙 2」を「はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について(平成 16 年 10 月 1 日保医発第 1001002 号厚生労働省保険局医療課長通知)の別添 1 及び別添 2」に改め、同項第 2 号中「秋田社会保険事務局長」を「東北厚生局秋田事務所長」に、「平成 11 年 10 月 20 日保発第 144 号」を「平成 22 年 5 月 24 日保発 0524 第 2 号」に改め、同号を同項第 3 号とし、第 1 号の次に次の 1 号を加える。

(2) 前号に掲げる申請において、往療料の支給を受けようとするときは、往療料一覧(様式第 38 号)を提出しなければならない。

第 15 条第 1 項中「後期高齢者医療療養費支給申請書」を「後期高齢者医療移送費支給申請書(様式第 39 号)」に改める。

第 20 条中第 2 項を第 3 項とし、第 1 項の次に次の 1 項を加える。

2 被保険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。この場合において、相続人は、後期高齢者医療高額療養費支給申請書兼申立・誓約書(様式第 40 号)を提出しなければならない。

第 3 2 条を第 3 4 条とし、第 2 1 条から第 3 1 条までを 2 条ずつ繰り下げ、第 2 0 条の次に次の 2 条を加える。

( 高額介護合算療養費 )

第 2 1 条 省令第 7 1 条の 9 及び第 7 1 条の 1 0 第 1 項の規定による申請書の様式は、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の様式は、( 様式第 4 1 号 ) によるものとする。

2 被保険者が死亡している場合は、支給対象者の相続人に支給を行う。この場合において、相続人は、申立・誓約書( 様式第 4 2 号 ) を提出しなければならない。

3 広域連合長は、第 1 項の規定による申請書を受理したときは、速やかに支給又は不支給を決定し、後期高齢者医療給付支給決定通知書又は後期高齢者医療支給申請却下通知書により当該被保険者に対し通知するものとする。

( 自己負担額証明書の交付申請 )

第 2 2 条 省令第 7 1 条の 1 0 第 1 項の規定による自己負担額証明書の交付申請の様式は、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によるものとする。

2 省令第 7 1 条の 1 0 第 2 項の規定による自己負担額証明書の様式は、後期高齢者医療自己負担額証明書( 様式第 4 3 号 ) によるものとする。

様式第 2 8 号( 第 2 0 条関係 ) を次のとおり改める。

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号		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 印					

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 _____ 印
	代理人 住所 _____ (受任者) 氏名 _____ 印

口座名義人が申請者と異なる場合にご記入ください。

様式に次の6様式を加える。

# 往療料一覽

被保険者番号 \_\_\_\_\_

施術者氏名 \_\_\_\_\_

患者名 \_\_\_\_\_

往療日数合計 \_\_\_\_\_ 日

住 所 \_\_\_\_\_

往療料金額合計 \_\_\_\_\_ 円

日付	起点となる場所		距離	基礎	金額A	加算	金額B	計
	氏名	住所						
1				2.0				
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								
合 計			/	/		/		
備考								

# 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
<b>支給金額</b>	<b>円</b>

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  
 連絡先 \_\_\_\_\_

受 取 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 _____				

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				
生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和	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>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。</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				
	(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)

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	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.擬制世帯主 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	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 9.その他			

保険者加入歴	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
	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長 殿

平成 年 月 日 住所

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

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。 申請代表者

自己負担額証明書の交付申請を行う場合、 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、 のみを丸で囲んでください。 電話番号

㊞

人中	人目	枚中	枚目
----	----	----	----



様式第 4 2 号

# 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（ \_\_\_\_\_ ）



## 附 則

この規則は、公布の日から施行する。ただし、第 14 条第 1 項第 3 号の規定は、平成 22 年 9 月 1 日から施行する。