

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。

令和3年3月22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（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項ただし書中「当該各号に定めるところによる」を「別に定める」に改め、同項第1号中「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について（平成16年10月1日第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による。」を削り、同項第2号を削り、同項第3号中「柔道整復師の施術に係る療養費について（平成22年5月24日保発0524第2号厚生労働省保険局長通知）に定める協定書又は受領委任の取扱規定による。」を削り、同号を同項第2号とする。

第17条の見出しを「（限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請等）」に改め、同条第1項中「限度額適用・標準負担額減額の認定」を「限度額適用・標準負担額減額認定証の交付」に、「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書兼入院日数届書」に改め、同条第2項中「認定した」を「受けた」に、「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」を「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請却下通知書」に改める。

第27条の見出しを「（限度額適用認定証の交付申請等）」に改め、同条第1項中「限度額適用の認定」を「限度額適用認定証の交付」に、「後期

高齢者医療限度額適用認定申請書」を「後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書」に改め、同条第2項中「認定した」を「受けた」に、「後期高齢者医療限度額適用認定申請却下通知書」を「後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請却下通知書」に改める。

様式第1号中

「

連絡先電話番号	()
---------	-----

」を
「

届出者住所		連絡先電話番号	()
-------	--	---------	-----

」に
改め、「申請者（被保険者）氏名 ㊞」を削る。

様式第3号中

「

連絡先電話番号	()
---------	-----

」を
「

届出者住所		連絡先電話番号	()
-------	--	---------	-----

」に
改め、「申請者（被保険者・届出者）氏名 ㊞」を削る。

様式第4号中

「

連絡先電話番号	()
---------	-----

」を
「

届出者住所		連絡先電話番号	()
-------	--	---------	-----

」に、
「

氏名	<input type="text"/>	男・女
----	----------------------	-----

」を
「

氏名	<input type="text"/>
----	----------------------

」に、
「

明治・大正・昭和・平成	年	月	日	男・女
-------------	---	---	---	-----

」を
「

明治・大正・昭和・平成	年	月	日
-------------	---	---	---

」に
改め、「申請者（被保険者・届出者）氏名 ㊞」を削る。

様式第5号中

「

連絡先電話番号	()
---------	-----

」を
「

届出者住所		連絡先電話番号	()
-------	--	---------	-----

」に、
「

氏名	<input type="text"/>	男・女
----	----------------------	-----

」を
「

氏名	<input type="text"/>
----	----------------------

」に改め、
「申請者（被保険者）氏名 ㊞」を削る。

様式第6号の（裏面）を次のように改める。

(裏面)

備考

--

※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。

1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。
2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。
3. 私は、臓器を提供しません。

《1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。》

【心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球】

〔特記欄：

署名年月日： 年 月 日

本人署名（自筆）： _____ 家族署名（自筆）： _____

様式第8号中

「連絡先電話番号 _____（ ） _____」を

「届出者住所 _____ 連絡先電話番号 _____（ ） _____」に、

「氏名 _____ 男・女 _____」を

「氏名 _____」に改め、

「申請者（被保険者）氏名 _____ ⑨」を削る。

様式第9号中「平成 年 月 日」を「 年 月 日」に改める。

様式第10号中

「連絡先電話番号 _____（ ） _____」を

「届出者住所 _____ 連絡先電話番号 _____（ ） _____」に、

「氏名 _____ 男・女 _____」を

「氏名 _____」に改め、

「申請者（被保険者）氏名 _____ ⑨」を削る。

様式第11号中「平成 年 月 日」を「 年 月 日」に改める。

様式第12号中

「連絡先電話番号 _____（ ） _____」を

「届出者住所 [] 連絡先電話番号 ()」に

「申請者 氏名 ㊞
改め、 氏名 ㊞ を削る。
氏名 ㊞」

様式第14号を次のように改める。

様式第14号 (第12条関係)

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			生 年 月 日
公費受給者番号			年 月 日

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			
入院期間・日数及び食事回数	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 回		
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:)	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
	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

〒

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	

様式第17号中「氏名」を「氏名」に改める。

様式第18号を次のように改める。

様式第18号（第14条関係）

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		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			生 年 月 日
公 費 受 給 者 番 号			年 月 日
診 療 年 月		療 養 期 間	入 院 ・ 外 来
診 療 日 数			年 月 日 から
			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	
支 給 申 請 を し た 由	
発 病 又 は 負 傷 の 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
				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

様式第21号中

「 連絡先電話番号 () 」 を

「 届出者住所 連絡先電話番号 () 」 に

改め、「申請者（被保険者）氏名 (印)」を削る。

様式第22号の（裏面）を次のように改める。

（裏面）

<p>注 意 事 項</p> <p>1. この証によって認定疾病に係る診療を受ける場合に支払う金額は、保険医療機関等ごとに一箇月につき1万円を限度とします。</p> <p>ただし、入院した場合には、食事療養又は生活療養に要する費用について、別途定額の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を求めることとなります。</p> <p>2. 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。</p> <p>3. この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、保険者（後期高齢者医療広域連合）あての届書を市町村に提出してください。</p> <p>4. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。</p> <p>備考</p>
--

様式第24号を次のように改める。

様式第24号（第17条関係）

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書兼入院日数届書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		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
長期入院	該 当 ・ 非該当		

直近12か月の入院日数が90日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食費に係る負担額が更に減額されます。
入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。

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			
※該当する項目を☑としてください。			
<input type="checkbox"/> 1. 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・標準負担額認定証の交付を申請します。			
<input type="checkbox"/> 2. 上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。			
年 月 日			

様式第25号の（裏面）を次のように改める。

(裏面)

注 意 事 項

1. この証によって療養を受ける場合は、次のとおり一部負担金限度額の適用及び食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の減額が行われます。
 - (1) 療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、医療機関等ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とします。
 - (2) 入院の際に食事療養を受ける場合に支払う食事療養標準負担額又は生活療養を受ける場合に支払う生活療養標準負担額は、別に厚生労働大臣が定める減額された額となります。
2. 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき、又はこの証の有効期限に至ったときには、直ちにこの証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
3. この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、保険者（後期高齢者医療広域連合）あての届書を、市町村に提出してください。
4. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

備 考

様式第26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却下通知書」を「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請却下通知書」に、「限度額適用・標準負担額減額認定申請に」を「後限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請に」に改める。

様式第28号中「氏名 _____ ㊟」を「氏名 _____」に改め、同様式の受領代理人の欄中「㊟」を削る。

様式第29号中「氏名 _____ ㊟」を「氏名 _____」に改め、同様式の受領代理人の欄中「㊟」を削る。

様式第30号中「氏名 _____ ㊟」を

「氏名_____」に改める。

様式第32号中「氏名_____④」を「氏名_____」に改める。

様式第34号から様式第37号までを次のように改める。

様式第34号（第30条関係）

文書番号
年 月 日

〒
住所
氏名

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(12か月分)	④均等割額 (12か月分)	⑤算出額 ③+④	⑥限度超過額
⑦所得割軽減額 (12か月分)	均等割軽減割合	⑧均等割軽減額 (12か月分)	⑨年保険料額 ⑤-⑥-⑦-⑧	月数	⑩月割減額
				⑪保険料額 ⑨+⑩-⑪-⑫	

後期高齢者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被保険者については、後期高齢者医療制度に加入した日の属する月から2年を経過する月までのうち、本年度分の保険料算定の基礎が、こちらに表示されます。

⑪均等割額 (12か月分)	均等割軽減割合	⑫均等割軽減額 (12か月分)	⑬年保険料額 ⑪-⑫	月数	⑭月割減額

* 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。)の規定に基づき、 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)

$$\left. \begin{aligned} \text{所得割額} &= \text{賦課のもととなる所得金額} (\times 1) \times \text{所得割率} (\div 100) \\ \text{均等割額} &= \text{円} \end{aligned} \right\} \begin{array}{l} \text{確定年保険料} \\ \text{〔万円を限度とする〕} \end{array}$$
 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-43万円

* 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。

43万円 + 10万円 × { 年金・給与所得者数 - 1 } 以下 …… 円 (7割軽減)
 43万円 + 28万5千円 × 被保険者数 + 10万円 × { 年金・給与所得者数 - 1 } 以下 …… 円 (5割軽減)
 43万円 + 52万円 × 被保険者数 + 10万円 × { 年金・給与所得者数 - 1 } 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被保険者に対する軽減 (広域連合条例第15条)

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(審査請求に対する判決)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課税のもととなる所得金額	②所得割率	③所得割額 ①×②(12か月分)	④均等割額 (12か月分)	⑤算出額 ③+④	⑥年度超過額
変更前						
変更後						
	⑦所得割軽減額 (12か月分)	均等割軽減割合	⑧均等割軽減額 (12か月分)	⑨年保険料額 ⑤-⑥-⑦-⑧	月数	⑩月割減額 ⑨+⑬-⑭-⑯
変更前						
変更後						

後期高齢者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被保険者については、後期高齢者医療制度に加入した日の属する月から2年を経過する月までのうち、本年度分の保険料算定の基礎が、こちらに表示されます。

	⑪均等割額 (12か月分)	均等割軽減割合	⑫均等割軽減額 (12か月分)	⑬年保険料額 ⑩-⑫	月数	⑭月割減額
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。)の規定に基づき、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)
 $所得割額 = 課税のもととなる所得金額 (\ast 1) \times 所得割率 (\ / 100)$
 $均等割額 = \text{円}$ } 確定年保険料 [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。
 $\ast 1 \text{ 課税のもととなる所得金額} = \text{年中の所得} - 43 \text{万円}$
- 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。
 $43 \text{万円} + 10 \text{万円} \times \{ \text{年金} \cdot \text{給与所得者数} - 1 \}$ 以下 …… 円 (7割軽減)
 $43 \text{万円} + 28 \text{万5千円} \times \text{被保険者数} + 10 \text{万円} \times \{ \text{年金} \cdot \text{給与所得者数} - 1 \}$ 以下 …… 円 (5割軽減)
 $43 \text{万円} + 52 \text{万円} \times \text{被保険者数} + 10 \text{万円} \times \{ \text{年金} \cdot \text{給与所得者数} - 1 \}$ 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被保険者に対する軽減 (広域連合条例第15条)
 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 秋田県市町村会館内
 電話番号 018-853-7155

様式第 36 号 (第 35 条関係)

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	④収入金額	⑤必要経費 (専従者給与額・控除額を含む)	⑥所得金額 (④-⑤)	備 考
営 業	円	円	円	
不 動 産	円	円	円	
農 業	円	円	円	
専 従 者 除 控		円		※営業、不動産、農業の必要経費の内数
給 与	円	※1 円		※特定支出額がある場合は必要経費に記入
専 従 者 与 給		円		※給与収入額の内数
年 金	円		※1 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	
合計所得金額※1		円	所得金額調整控除額※1	円

※1 令和2年度以前は記入不要です。

② 譲渡所得に関する事項

資産の種類 (○を付してください)	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
2 その他の資産			その他 ()

(回答、問い合わせ先)

自治体名
〒
住 所
電話番号

様式第37号（第35条関係）

〒
住所
自治体名
住民税務担当課 御中

年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療の賦課資料について（照会）

当後期高齢者医療保険料および負担区分判定の基礎資料として、下記の者の所得金額等が必要ですので、ご多忙中恐縮ですが調査の上至急ご回答くださいますようお願いいたします。根拠条文：高齢者の医療の確保に関する法律 第138条

年度	フリガナ 氏名	生年月日
貴管内住所		
現住所		

(回答、問い合わせ先)

〒
自治体名
住所

電話番号

----- キリトリ -----

年 月 日

後期高齢者医療の賦課資料について（回答）

〇〇市町村長 行

(市区町村名・担当課)

調査NO	被保険者番号						
貴管内住所							
現住所							
照会先							
年度	フリガナ 氏名	生年月日					
総合課税の所得	給与 ※1	円	給与収入額	円			
	営業等	円	(うち専従者給与収入額)	円			
	農業	円	公的年金等収入額	円			
	不動産	円	専従者給与(控除)額	円			
	利子	円	居住用損失額	円			
	配当	円	繰越損失	円			
	雑所得合計	その他雑所得額	公的年金等所得額 ※6	控除額	円		
	円	円	円	合計所得金額 ※6	円		
総合短期譲渡 ※	総合長期譲渡 ※2	一時 ※2	住民税課税標準額	円			
円	1/2前	円	1/2前	円	住民税の状況	課税・非課税	
分離課税の所得	株式等	上場分	未公開	調査結果			
	商品先物取引	円	被扶養者	未申告			
	分離譲渡	長期	特別控除前所得額	円	前年の12月31日現在の続柄	世帯主・世帯員	
		特別控除額	円(適用法令 条)	前年の12月31日現在の0歳以上16歳未満 ※5 (人/うち未申告者)	前年の12月31日現在の16歳以上19歳未満 ※5 (人/うち未申告者)		
	短期	特別控除前所得額	円	氏名 ※5	合計所得金額 ※5 ※7	氏名 ※5	合計所得金額 ※5 ※7
		特別控除額	円(適用法令 条)	円	円	円	円
() ※4	円						
所得金額調整控除額 ※6	円	課税権がない場合の	(年 月 日転入)				
特定支出額 ※6	円	前住所地等					

※1 税法上の給与控除額を超える特定支出控除がある場合はその控除後の額を記入してください。※2 特別控除後、損益通算前の金額を記入してください。※3 純・雑・株式・先物・居住用の別を記入してください。※4 山林所得は特別控除後の金額を記入してください。

※5 前年の12月31日現在の続柄が世帯主でない場合は記入する必要はありません。※6 令和2年度以前は記入不要です。

※7 令和3年度以降は、給与所得を有する者の場合には給与所得の金額から10万円を控除して算定した額を記入してください。

様式第38号次のように改める。

様式第38号 削除

様式第39号中、「氏名_____⑩」を「氏名_____」に改め、同様式を受領代理人の欄中「⑩」を削る。

様式第40号及び様式第41号を次のように改める。

様式第 40 号（第 20 条関係）

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	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 5 6 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 其 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 _____

様式第 41 号（第 21 条及び第 22 条関係）

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	被保険者記号	被保険者番号	続柄	保険者名称	加入期間	
1.被 保 主 2.副 保 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 3.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) 年 月 日
秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

申請代表者
郵便番号
住所
氏名
電話番号

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、①のみを丸で囲んでください。
※本申請書をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。 はい/いいえ

人中	人目	枚中	枚目
----	----	----	----

様式第42号中「氏 名 _____ 印」を

「氏 名 _____」に改める。

様式第44号中「署名・押印欄」を「署名欄」に改め、「、押印」を削り、「（氏名） _____ 印」を「（氏名） _____」に改める。

様式第 45 号を次のように改める。

様式第45号（第20条の2及び第20条の3関係）

高額療養費（外来年間合算）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.計算期間未日以降申請（期間中死亡・生保適用・海外移住者なし）		2.計算期間未日以降申請（期間中死亡者あり）		3.計算期間未日以降申請（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	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	被保険者記号	被保険者番号	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	
支給方法						
支払方法	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)
口座振込				1.普通預金 2.当座預金 9.その他		
保険者加入履歴※						
	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						

※記入する保険者加入歴において、ご自身が被保険者の「被扶養者」や国民健康保険の「世帯員」であった場合、「備考欄」に加入時の「被保険者」、「世帯主」の氏名、生年月日、現住所を記入してください。

〒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) 年 月 日
秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

① 上記対象者について、高額療養費（外来年間合算）の支給を申請します。 申請代表者
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。 郵便番号

※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。 住所
高額療養費（外来年間合算）の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。 氏名
※本申請書をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。 はい / いいえ 電話番号

様式第46号中

「 生 年 月 日 性 別 」 を

「 生 年 月 日 」 に

改める。

様式第47号を次のように改める。

様式第47号（第27条関係）

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

届出者名		本人との 関 係	
届出者住所		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
<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限度額適用認定証の交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p>			

様式第48号の（裏面）を次のように改める。

(裏面)

注 意 事 項

1. この証によって療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、医療機関等ごとに1箇月につき、別に定められた額を限度とします。
2. 被保険者の資格がなくなったとき、記載された適用区分に該当しなくなったとき、又はこの証の有効期限に至ったときには、直ちにこの証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
3. この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、保険者（後期高齢者医療広域連合）あての届書を、市町村に提出してください。
4. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

備 考

様式第49号中「後期高齢者医療限度額適用認定申請却下通知書」を「後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請却下通知書」に、「限度額適用認定申請に」を「限度額適用認定証交付申請に」に改める。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、改正前の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規定に基づき作成された用紙で現に残存するのは、なお当分の間、使用できるものとする。