

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 4 年 11 月 7 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 14 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	年 月 日
公費受給者番号				

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
				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)	

☐ 公金受取口座を利用します。
※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック（✓）してください。
※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

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号を次のように改める。

様式第17号（第13条関係）

第三者行為等による届出書

被 保 険 者 番 号				(ふりがな) 被害者氏名			
				被害者職業			
世帯主との続柄				M・T・S・H	年	月 日	
事故発生の年月日		年 月 日		午前・午後 時 分頃			
事 故 発 生 場 所							
加害者に関する事項	加害者	住 所				電 話	
		(ふりがな) 氏 名				職 業	
	使用者	住 所				電 話	
		(ふりがな) 氏 名				職 業	
	登録番号又は 車 輛 番 号				車台番号		
	自動車損害 賠償責任保険	有	保 險 会 社 名			担 当	
		無	証 明 証 記号番号			所 有 者 氏 名	
	自動車普通保険 (任意保険)	有	保 險 会 社 名			担 当	
		無	契 約 証 記号番号			電 話	
	診療に関する事項	疾病の原因又は 負傷時の状況					
傷 病 名				初 診 年 月 日	年 月 日		
				治癒までの見込期間			
医 療 機 関 名 及 び 医 師 名			担当医		電 話		
上記のとおり届出します。							
年 月 日							
秋田県後期高齢者医療広域連合長 様							
〒							
住 所							
届出人 氏 名							
電話番号							

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	年 月 日
公 費 受 給 者 番 号		療養期間	入院 ・ 外来	
診 療 年 月			年 月 日 から	
診 療 日 数			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）		

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 2：当座 3： 4：	銀行	支店・本店
	金融機関コード			農協	支店・本店
				信組	支店・本店
				金庫	支店・本店
口座番号			口座名義人 (カタカナ)		
☐ 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 ☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック（✓）してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。					

上記のとおりに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22号を次のように改める。

様式第22号（第16条関係）

(表面)

後期高齢者医療特定疾病療養受療証 交付年月日 年 月 日	
認 定 疾 病 名	
被 保 険 者 番 号	
被 保 険 者	住 所
	氏 名
	生 年 月 日 年 月 日
発 効 期 日	年 月 日
保 険 者 番 号 並 びに 保 険 者 の 名 称 及 び 印	

(裏面) 省略

様式第25号を次のように改める。

様式第25号（第17条関係）

(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箇月につき、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又は認定の条件に該当しなくなったときには、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. 有効期限を経過した証を使用することはできません。また、有効期限を経過した証を使用して後期高齢者医療給付を受けた場合は、後期高齢者医療給付費の返還を求める場合があります。

4. 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。

5. 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

(表面)

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証

有効期限 年 月 日

交付年月日 年 月 日

被 保 険 者 番 号			
被 保 険 者	住 所		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
発 効 期 日		年 月 日	
適 用 区 分			
長 期 入 院 該 当 年 月 日	年 月 日	保 険 者 印	
保険者番号並び に保険者の名称 及 び 印			

備考 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとする。

様式第28号を次のように改める。

様式第28号（第20条関係）

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	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	(制度名ー) (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)				
☐ 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、 「 ☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック (✓) してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。				

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。 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。	
年 月 日	
申請者	住 所 氏 名

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39号を次のように改める。

様式第39号（第15条関係）

後 期 高 齢 者 医 療
移 送 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			
		移 送 を 受 け た 人	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 2：当座 3： 4：	銀行	支店・本店
				農協	支店・本店
				信組	支店・本店
				金庫	支店・本店
	金融機関コード			口座番号	
	口座番号			口座名義人 (カタカナ)	

☐ 公金受取口座を利用します。
※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、
「☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック (✓) してください。
※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

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41号を次のように改める。

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						生年月日	生		個人番号							
氏名								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.世帯主 2.被副世帯主 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									
	受取口座	☐ 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 ☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。														
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) 年 月 日 秋田県後期高齢者医療広域連合 様																
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43号（第22条関係）

様

印

下記のとおり証明いたします。

フリガナ			
氏名			
生 年 月 日			
自己負担額証明書整理番号			
保 険 者 番 号		証 明 対 象 年 度	年度
被 保 険 者 番 号			
対象となる計算期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
計算期間において 被保険者であった期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
診 療 年 月	自 己 負 担 額		摘 要
月分			
月分			
月分			
月分			
月分			
月分			
月分			
月分			
月分			
月分			
月分			
月分			
月分			
計			

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	個人番号	
氏名							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.世帯主 2.前期世帯主 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	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		☐ 公金受取口座を利用します。							
	受取口座	※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、 「 ☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック（✓）してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。							
保 険 者 加 入 歴 ※	添付の自己負担額証明書整理番号	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48号を次のように改める。

様式第48号（第27条関係）

(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又は記載された適用区分に該当しなくなったときには、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. 有効期限を経過した証を使用することはできません。また、有効期限を経過した証を使用して後期高齢者医療給付を受けた場合は、後期高齢者医療給付費の返還を求める場合があります。

4. 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。

5. 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

(表面)

後期高齢者医療限度額適用認定証

有効期限 年 月 日

交付年月日 年 月 日

被 保 険 者 番 号	
被 保 険 者	住 所
	氏 名
	生 年 月 日 年 月 日
発 効 期 日 年 月 日	
適 用 区 分	
保険者番号並びに保険者の名称及び印	

附 則

(施行期日)

1 この規則は、令和5年1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。