

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をここに公布する。

平成20年3月28日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 佐竹 敬久

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

(趣旨)

第1条 秋田県後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という。)が行う後期高齢者医療の施行については、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。)、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「政令」という。)、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則(平成19年厚生労働省令第129号。以下「省令」という。)及び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(平成19年秋田県後期高齢者医療広域連合条例第25号。以下「条例」という。)に定めるもののほか、この規則の定めるところによる。

(障害認定の申請等)

第2条 省令第8条第1項の規定による障害認定に関する申請書の様式は、後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得(変更・喪失)届書(様式第1号)のとおりとする。

2 広域連合長は、前項の規定による申請書を受領し、審査を行った結果、政令で定める障害の状態にないことを確認したときは、後期高齢者医療障害認定申請却下通知書(様式第2号)により当該申請者に対し通知するものとする。

(被保険者に関する届書)

第3条 省令第10条、第11条及び第22条から第26条までの規定による被保険者資格の取得、変更及び喪失に関する届書の様式は、後期高齢者医療被保険者資格に係る届書(様式第3号)のとおりとする。

(病院等に入院、入所又は入居中の者に関する届書)

第4条 省令第12条の規定による病院等に入院、入所又は入居中の者に関する届書の様式は、後期高齢者医療住所地特例(法第55条)該当・非該当届書(様式第4号)のとおりとする。

りとする。

(被保険者証の返還)

第5条 後期高齢者医療被保険者資格証明書の交付等に係る取扱いについては、別にこれを定める。

(被保険者証の再交付申請等)

第6条 省令第19条第1項の規定による被保険者証の再交付申請書の様式は、後期高齢者医療再交付申請書(様式第5号)のとおりとする。

2 前項の規定による申請に基づき被保険者証を交付するときは、被保険者証に「再」又は「再交付」と表示するものとする。

(被保険者証等の更新)

第7条 省令第20条第1項の規定による後期高齢者医療被保険者証(様式第6号)の更新及び省令第21条の規定による後期高齢者医療被保険者資格証明書(様式第7号)の更新は、原則として1年ごとに行い、更新時期は8月1日とする。

2 広域連合長は、必要と認めるときは、後期高齢者医療被保険者証の有効期間を延長し、又は繰り上げて更新することができる。この場合において、後期高齢者医療被保険者証の有効期限は、当該後期高齢者医療被保険者証に記載した期限とする。

(認定証明書の申請等)

第8条 省令第26条の規定による転出の届出に際して、省令第8条第1項の規定による障害認定又は省令第62条第4項の規定による特定疾病認定の証明書の交付を受けようとする者は、後期高齢者医療認定証明書交付申請書(様式第8号)を広域連合長に提出しなければならない。

2 広域連合長は、前項の規定による申請書を受理したときは、後期高齢者医療認定証明書(様式第9号)を交付するものとする。

(負担区分等証明書の申請等)

第9条 省令第26条の規定による転出の届出に際して、負担区分等の証明書の交付を受けようとする者は、後期高齢者医療負担区分等証明書交付申請書(様式第10号)を広域連合長に提出しなければならない。

2 広域連合長は、前項の規定による申請書を受理したときは、後期高齢者医療負担区分等証明書(様式第11号)を交付するものとする。

(基準収入額適用申請等)

第10条 省令第32条の規定による基準収入額適用申請書の様式は、後期高齢者医療基準収入額適用申請書（様式第12号）のとおりとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理したときは速やかに承認又は不承認を決定し、不承認としたときは、後期高齢者医療基準収入額適用申請却下通知書（様式第13号）により当該被保険者に対し通知するものとする。

（一部負担金の減免等）

第11条 省令第33条第2項の規定による一部負担金の減免等に係る取扱いについては、別にこれを定める。

（食事療養及び生活療養標準負担額差額の支給申請等）

第12条 省令第37条第2項の規定による食事療養標準負担額差額及び省令第42条第2項の規定による生活療養標準負担額差額の支給に関する申請書の様式は、後期高齢者医療食事療養差額支給申請書（様式第14号）のとおりとする。

2 広域連合長は、前項の規定による支給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（様式第15号）又は後期高齢者医療給付支給申請却下通知書（様式第16号）により当該被保険者に対し通知するものとする。

（第三者の行為による被害の届出）

第13条 省令第46条の規定による届出の様式は、第三者行為等による届出書（様式第17号）のとおりとする。

（療養費の支給申請等）

第14条 省令第47条第1項の規定による療養費の支給に関する申請書の様式は、後期高齢者医療療養費支給申請書（様式第18号）のとおりとする。ただし、次の各号に掲げる療養費の支給に関する申請については、当該各号に定めるところによる。

(1) 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支給 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日保険発第150号厚生省保険局医療課長通知）の別紙1及び別紙2による。

(2) 秋田社会保険事務局長及び秋田県知事に受領委任の取扱いに係る登録を行っている柔道整復師又は秋田社会保険事務局長及び秋田県知事から受領委任の承諾を受けている柔道整復師の施術に係る療養費の支給 柔道整復師の施術に係る療養費について（平成11年10月20日保発第144号厚生省保険局長通知）に定める協定書又は

受領委任の取扱規定による。

2 海外において診療を受けたときの療養費の支給を受けようとするときは、後期高齢者医療診療内容明細書（様式第19号）及び領収明細書（様式第20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給付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。

（移送費の支給申請等）

第15条 省令第60条第1項の規定による移送費の支給申請書の様式は、後期高齢者医療療養費支給申請書のとおりとし、同条第2項に規定する添付書類のほか、移送に要した費用の領収書を添えて広域連合長に提出しなければならない。

2 広域連合長は、前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給付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。

（特定疾病の認定申請等）

第16条 省令第62条第1項の規定による特定疾病の認定に関する申請書の様式は、後期高齢者医療特定疾病認定申請書（様式第21号）のとおりとする。

2 広域連合長は、前項の規定による申請を認定したときは、被保険者に対し後期高齢者医療特定疾病療養受療証（様式第22号。以下「受療証」という。）を交付し、申請を不承認としたときは、後期高齢者医療特定疾病認定申請却下通知書（様式第23号）により当該被保険者に対し通知するものとする。

（限度額適用・標準負担額減額の認定申請等）

第17条 省令第67条第1項の規定による限度額適用・標準負担額減額の認定に関する申請書の様式は、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書（様式第24号）のとおりとする。

2 広域連合長は、前項の規定による申請を認定したときは、被保険者に対し後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（様式第25号。以下「認定証」という。）を交付し、申請を不承認としたときは、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（様式第26号）により当該被保険者に対し通知するものとする。

（限度額適用・標準負担額減額認定証の更新）

第18条 省令第67条第6項の規定による認定証の更新は、1年ごとに行う。

2 認定証の更新時期は、特段の事由がある場合を除き、毎年8月1日とする。

3 省令第67条第3項の規定による認定証の返還対象者への通知書の様式は、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（様式第27号）とする。

（特定疾病療養受療証等の再交付申請）

第19条 省令第62条第8項及び第67条第6項の規定による受療証及び認定証の再交付に関する申請書は、後期高齢者医療再交付申請書のとおりとする。

2 前項の規定による申請に基づき受療証及び認定証を交付するときは、「再」又は「再交付」と表示するものとする。

（高額療養費の支給申請等）

第20条 省令第70条第1項の規定による高額療養費の支給申請書の様式は、後期高齢者医療高額療養費支給申請書（様式第28号）のとおりとする。

2 広域連合長は、前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給付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。

（葬祭費の支給申請等）

第21条 被保険者の葬祭を行う者は、条例第2条の規定により葬祭費の支給を受けようとするときは、後期高齢者医療葬祭費支給申請書（様式第29号）を広域連合長に提出しなければならない。

2 広域連合長は、前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給付支給申請却下通知書により当該被保険者の葬祭を行う者に対し通知するものとする。

（給付制限）

第22条 法第87条及び法第88条の規定に基づく絶対的給付制限及び相対的給付制限に該当するかの適否を判断するため、当該被保険者に対し、事故傷病届（様式第30号）を提出させるものとする。

（給付制限の通知）

第23条 給付制限を行うときは、当該被保険者に対し、後期高齢者医療給付制限通知書（様式第31号）によりその旨を通知するものとする。

（保険医療機関等からの一部負担金未収金徴収の申立て）

第24条 保険医療機関等は、法第67条第2項の規定により広域連合長に対し一部負担金未収金の徴収を申立てをするときは、後期高齢者医療一部負担金未収金徴収申立書（様式第32号）に善良な管理者と同一の注意をもって被保険者から一部負担金の支払を受けることに努めたことを証明する書類を添えて提出しなければならない。

2 広域連合長は、保険医療機関等における当該被保険者に対する一部負担金徴収業務が困難と認められないときは、後期高齢者医療一部負担金未収金徴収申立却下通知書（様式第33号）により前項の申立の却下を通知するものとする。

（保健事業）

第25条 条例第3条の規定による保健事業については、別にこれを定める。

（保険料の額の通知）

第26条 条例第16条の規定による保険料の額が定まったときの通知書及びその額に変更があったときの通知書の様式は、後期高齢者医療保険料額決定通知書（様式第34号）及び後期高齢者医療保険料額変更決定通知書（様式第35号）のとおりとする。

（保険料の徴収猶予及び減免）

第27条 条例第17条及び第18条の規定により被保険者の保険料の徴収猶予をする場合又は減免する場合の取扱いについては、別にこれを定める。

（広域連合内で異動のあった被保険者の保険料の額）

第28条 賦課期日後に広域連合内において異動のあった被保険者に係る保険料の額について、条例第21条第2項の保険料の額に100円未満の端数があるときは、これを切り上げる。

2 賦課期日後に広域連合内において異動のあった被保険者に係る保険料の額について、条例第21条第3項の保険料の額に100円未満の端数があるときは、これを切り捨てる。

（保険料の還付）

第29条 秋田県後期高齢者医療広域連合規約（平成19年秋田県指令市町村第1990号）第2条に規定する関係市町村（以下「関係市町村」という。）の長が、法第110条において準用する介護保険法（平成9年法律第123号）第139条第2項に規定する保険料を還付した場合は、広域連合長に当該保険料の過誤納還付に関する報告をするものとする。

2 広域連合長は、当該還付金（還付加算金を含む。）が当該年度前に賦課し、徴収した

ものに係るものである場合は、当該市町村に当該還付金相当額を補てんするものとする。

3 前2項の規定は、普通徴収に係る還付の場合にも適用するものとする。

(保険料の充当)

第30条 前条第1項の規定は、関係市町村の長が、法第110条において準用する介護保険法第139条第3項に規定する保険料を充当した場合において準用する。この場合、前条第1項中「過誤納還付」とあるのは、「過誤納充当」と読み替えるものとする。

2 前項の規定は、普通徴収に係る充当の場合にも適用するものとする。

(申告書等)

第31条 条例第19条の規定による申告書の様式は、後期高齢者医療簡易申告書(様式第36号)のとおりとする。ただし、住民税の課税権を持つ住所地に対して所得照会する様式は、後期高齢者医療の賦課資料について(照会)(様式第37号)のとおりとする。

(補則)

第32条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、広域連合長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成20年4月1日から施行する。

(平成20年度における被保険者証更新の特例)

2 平成20年度における被保険者証の更新は、第7条第1項の規定にかかわらず、負担区分変更に伴うものを除き、これを実施しない。

様式第1号(第2条関係)

後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得(変更・喪失)届書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号	()		

	新規(変更・喪失)	変更前
フリガナ		
氏名		男・女
生年月日	明・大・昭 年 月 日	
住所	市・郡 町・村	
申請区分	新規・継続・転入・撤回・その他 申請	
申請事由	新規に障害認定されたため 障害認定が継続されたため 転入前に障害認定されたため その他の理由により障害認定されたため ()	
所有手帳又は証書種類	身体障害者手帳 療育手帳 精神障害手帳 国民年金証書 障害種別その他 1級 2級 3級 4級 A1 A2	

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり関係書類を添えて(申請・届出)いたします。

平成 年 月 日


申請者 氏名

印

様式第2号（第2条関係）

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	

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

_____ 役所（役場） _____ 課

〒

住 所

電話番号 ()

様式第3号（第3条関係）

後期高齢者医療被保険者資格に係る届書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号	()		

		新規（変更・喪失）	変更前	申請区分
被保険者番号				1 新規 <input type="checkbox"/> 75歳に到達 <input type="checkbox"/> 広域外からの転入 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> その他 ()
保険者番号				
フリガナ				
氏名		男・女		2 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 広域内の転居 <input type="checkbox"/> その他 ()
生年月日	明・大・昭 年 月 日			
住所	市・郡	町・村		
世帯主との続柄				3 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 広域外への転出 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> その他 ()
世帯主	氏名	男・女		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		
申請区分 該当年月日	平成 年 月 日			

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）いたします。

平成 年 月 日

申請者 氏名



様式第4号（第4条関係）

後期高齢者医療住所地特例（法55条）該当・非該当届書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号	()		

被保険者	氏名		性別	男・女
	生年月日			
入所施設の名称				
入所施設の所在地		都・道・府・県	市・郡	町・村
住所地特例該当の年月日 (入所により施設所在市町村に住所を移した日) 又は非該当年月日		平成	年	月 日
住所地特例適用前の世帯主				
住所地特例適用前の住所				
被保険者番号				
保険者番号				
<p>秋田県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>上記のとおり届出します。</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 印</p>				

様式第5号（第6条、第19条関係）

後期高齢者医療再交付申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号	()		

被保険者番号			
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		男・女
	生年月日	明・大・昭	年 月 日
	住所	市・郡	町・村

再交付事由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()
-------	---

備 考	※身分確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真付) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()
	※警察への届出	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未(届出指導) ※未納 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	※交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ()

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、後期高齢者医療 (被保険者証
限度額適用・標準負担額減額認定証
特定疾病療養受療証
被保険者資格証明書) の再交付を
申請します。

平成 年 月 日

申請者 氏名

印

様式第 6 号 (第 7 条関係)

後期高齢者医療被保険者証	有効期限	年	月	日
被保険者番号				
住所				
氏名	性別			
生年月日		年	月	日
資格取得年月日		年	月	日
発効期日		年	月	日
交付年月日		年	月	日
一部負担金の割合				
保険者番号				
保険者名				
				印

(裏 面)

注意事項

1. この証の交付を受けたときは、大切に保管してください。
2. 保険医療機関等について診療を受けようとするときは、必ずこの証をその窓口で渡してください。
3. 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提出してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
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. 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに、市町村に提出して、保険者の検認又は更新を受けてください。
6. 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。

特別の事情がないのに保険料を滞納した場合、この証を返還していただくことがあります。また、特別の事情がないのに納期限から 1 年間経過しても保険料を滞納している場合、この証を返還していただきます。

備 考

備考 大きさは、縦 5 4 ミリメートル、横 8 6 ミリメートルとする。

様式第7号（第7条関係）

（裏面）

注意事項	
1	この証で診療を受けるときには、診療費用の全額を支払ってください。
2	保険医療機関等について診療を受けようとするときは、必ずこの証をその窓口で渡してください。
3	滞納している保険料を納付したときは、被保険者証を交付します。
4	災害等の特別な事情が生じたときや、障害者自立支援法の自立支援医療等の公費負担医療を受けることができるに至ったときは、速やかに申し出てください。
5	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。
6	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。
7	有効期限を経過したときは、この証を使用することは出来ませんから、速やかに、市町村に提出して、保険者の検認又は更新を受けてください。
8	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。

（表面）

後期高齢者医療被保険者資格証明書							
交付年月日 年 月 日交付 有効期限 年 月 日まで							
記号	資一						
被 保 険 者	住 所						
	氏 名		男 ・ 女				
	生年月日	年 月 日					
保 険 者	保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 25%; border: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 25%; border: 1px dashed black;"></td> <td style="width: 25%; border: 1px dashed black;"></td> </tr> </table>					

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8号（第8条関係）

後期高齢者医療認定証明書交付申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号	()		

被保険者番号			
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		男・女
	生年月日	明・大・昭	年 月 日
	旧住所	市・郡	町・村
	新住所	都・道・府・県	市・郡 町・村
異動日（転出日）	平成 年 月 日		

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、後期高齢者医療（障害認定
特定疾病認定）証明書の交付を申請します。

平成 年 月 日

申請者 氏名

印

後期高齢者医療認定証明書

氏名		平成 年 月 日生		男・女
住所	新	変更年月日		
	旧	平成 年 月 日		
認定の状況	認定年月日	平成 年 月 日		
	認定の内容			
	認定の基礎となった書類			
<p>上記のとおり、後期高齢者医療（障害認定 特定疾病認定）を行ったことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">秋田県後期高齢者医療広域連合長 印</p>				

後期高齢者医療負担区分等証明書交付申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号	()		

被保険者番号			
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		男・女
	生年月日	明・大・昭	年 月 日
	旧住所	市・郡	町・村
	新住所	都・道・府・県	市・郡 町・村

本人と同一世帯に 転出する者		本人との関係	
		本人との関係	
		本人との関係	
		本人との関係	
		本人との関係	

異動日（転出日）	平成 年 月 日
----------	----------

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、後期高齢者医療負担区分等証明書の交付を申請します。

平成 年 月 日

申請者 氏名

印

後期高齢者医療負担区分等証明書

1	氏名				年 月 日生			
	該当する 負担区分	一定以上負担区分			減 額 区 分			
		特例基準額 以上	特例基準額 未満	基準額未満	非課税	老福	基準額以下	税経過措置
2	氏名				年 月 日生			
	該当する 負担区分	一定以上負担区分			減 額 区 分			
		特例基準額 以上	特例基準額 未満	基準額未満	非課税	老福	基準額以下	税経過措置
3	氏名				年 月 日生			
	該当する 負担区分	一定以上負担区分			減 額 区 分			
		特例基準額 以上	特例基準額 未満	基準額未満	非課税	老福	基準額以下	税経過措置
4	氏名				年 月 日生			
	該当する 負担区分	一定以上負担区分			減 額 区 分			
		特例基準額 以上	特例基準額 未満	基準額未満	非課税	老福	基準額以下	税経過措置
5	氏名				年 月 日生			
	該当する 負担区分	一定以上負担区分			減 額 区 分			
		特例基準額 以上	特例基準額 未満	基準額未満	非課税	老福	基準額以下	税経過措置

上記のとおり負担区分等の判定を行ったことを証明する。

平成 年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 

様式第12号（第10条関係）

後期高齢者医療基準収入額適用申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号	()		

住所	市・郡	町・村
電話番号	()	

被保険者番号				
フリガナ				
氏名				
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日	明治 大正 昭和 年 月 日	明治 大正 昭和 年 月 日	
平成 年 中 の 収 入	公的年金 (老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等)	円	円	円
	給与 (パート収入等含む。)	円	円	円
	年金・給与以外の収入 ()収入	円	円	円
	合計	円	円	円

(注)

- 市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人及び同じ世帯におられる75歳以上の高齢者の方（65歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている方も含む）それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。
- 収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入（障害又は遺族に係る年金、恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等）は除きます。
- 公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し、公的年金及び給与収入額が確認できる所得（課税）証明書等を添付してください。

ただし、1月1日において当市（町村）に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類は不要です。なお、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入については添付不要です。

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の負担区分判定に係る収入額を申請します。

平成 年 月 日

申請者 氏名

印

氏名

印


氏名

印

様式第13号(第10条関係)

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、附則第2条第2項、附則第3条第1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

_____ 役所(役場) _____ 課

〒

住 所

電話番号 ()

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

保険者証番号		療養を受けた	被保険者氏名	年 月 日
被保険者証番号				
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提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
	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 _____

年 月 日

様

秋田県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療給付支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった、後期高齢者医療の支給については、次のとおり決定しましたので通知します。

- 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 支給期日
- 6 支払方法

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。

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。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

年 月 日

様

秋田県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療給付支給申請却下通知書

年 月 日付けで申請のあった、後期高齢者医療の支給については、次のとおり却下しましたので通知します。

- 1 被保険者番号
- 2 被保険者氏名
- 3 支給却下理由

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。

なお、この決定の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でない、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。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

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			
世帯主との続柄				男・女 M・T・S・H	年	月	
事故発生の年月日		平成	年	月	日	午前・午後	
事故発生場所							
第三者行為に関する事項	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 車輜番号				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	平成	
					治癒までの見込期間		
医療機関名 及び医師名				担当医	電 話		
上記のとおりお届けいたします。							
平成 年 月 日							
被保険者 住所 氏名					印		
秋田県後期高齢者医療広域連合広域連合長 様							

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

保険者証番号		療 養 を 受 け た	被保険者氏名	
被保険者証番号			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			

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 氏名					印
	代理人の氏名	(フリガナ)				印
	代理人の住所	郵便番号		-		

様式第19号(第14条関係)

Form A

Attending Physician's Statement

後期高齢者医療診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) Age (Date of Birth) Sex(Male・Female)
患者名 年齢(生年月日) 性別(男・女)

2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases
傷病名及び国際疾病分類番号

3. Date of First Diagnosis : D / M / Y
初診日 日 / 月 / 年

4. Duration of Treatment : days
診療日数 日

5. Type of Treatment
治療の分類
Hospitalization : From / / , to / / (days)
入院 自 / / 至 / / (日間)
Out Patient or Home Visit : / / / / /
入院外 / / / / /

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要

7. Prescription, Operation and Any other treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes No
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ

9. Itemized Amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Form B
治療実費 様式 B

10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name 名前 : Last 姓 First 名 Title 称号
Address 住所 : Home 自宅 phone 電話
Office 病院又は診療所 phone 電話
Date 日付 : Signature 署名
Attending Physician 担当医
Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号

日本語の翻訳文を添付しなければ、申請を受理することはできません。
(翻訳文には、必ず翻訳者の氏名及び住所を記載してください。)

Form B

Itemized receipt

領 収 明 細 書

(1) Fee for initial office visit	初診料	\$ _____
(2) Fee for follow - up office visit	再診料	\$ _____
(3) Fee for home visit	往診料	\$ _____
(4) Fee for hospital visit	入院管理料	\$ _____
(5) Hospitalization	入院費	\$ _____
(6) Consultation	診察費	\$ _____
(7) Operation	手術費	\$ _____
(8) X - ray examination	X 線検査費	\$ _____
(9) Medication	医薬費	\$ _____
(10) Anesthetics	麻酔費	\$ _____
(11) Operating room charge	手術室費用	\$ _____
(12) Others(specify)	その他(項目明記)	\$ _____ \$ _____
(13) Total	合 計	\$ _____

Important : Exclude the amount irrelevant to treatment, I-e, extra charge for a bed.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係ないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name : Last _____ First _____ Title _____
 名前 姓 名 称号
 Address : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____
 住所 Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date : _____ Signature _____
 日付 署名

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号	()		

被保険者番号				
被 保 険 者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	明・大・昭	年	月 日
	住所	市・郡	町・村	
疾病の名称	人工透析が必要な慢性腎不全 先天性血液凝固因子障害の一部 血液凝固因子製剤に起因するHIV感染			

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療特定疾病療養受療証の交付を申請します。

年 月 日

申請者 氏名

印

(裏面)

注 意 事 項

- 一 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一万円を限度とします。
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とになります。
- 二 保険医療機関等について認定疾病に係る診療を受けようとするときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。
- 三 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。
- 四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、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。
- 五 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

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 2 3 号 (第 1 6 条関係)

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 6 2 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

_____ 役所 (役場) _____ 課

〒

住 所

電話番号 ()

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号	()		

被保険者番号				
被 保 険 者	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	住所	市・郡 町・村		
保険者番号				
保険者の名称及び所在地				
長期入院	該当 ・ 非該当			

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。		入院日数合計 (日間)	
①	申請日の前1年間の入院日数	平成 年 月 日 ~平成 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	平成 年 月 日 ~平成 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	平成 年 月 日 ~平成 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	平成 年 月 日 ~平成 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	平成 年 月 日 ~平成 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

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・標準負担額の減額を申請します。

平成 年 月 日

申請者 氏名



(裏面)

(表面)

注 意 事 項

1. この証によって入院に係る療養又は厚生労働大臣が定める在宅時医学総合管理若しくは在宅末期医療総合診療を受ける場合は、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) 入院の際又は在宅時医学総合管理若しくは在宅末期医療総合診療を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関等ごとに 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. 保険医療機関等について入院をするとき又は在宅時医学総合管理若しくは在宅末期医療総合診療を受けるときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。
3. 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。
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

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証

交付年月日 年 月 日

被 保 険 者 番 号									
被 保 険 者	住 所								
	氏 名		男 ・ 女						
	生年月日	年 月 日							
発 効 期 日		年 月 日							
有 効 期 限		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		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">┆</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">┆</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">┆</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">┆</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">┆</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">┆</td> </tr> </table>		┆	┆	┆	┆	┆	┆
┆	┆	┆	┆	┆	┆				

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 26 号 (第 17 条関係)

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

_____ 役所(役場) _____ 課

〒

住 所

電話番号 ()

様式第 27 号 (第 18 条関係)

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

_____ 役所 (役場) _____ 課

〒

住 所

電話番号 ()

年 月 日

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		性別		電話番号	
他の制度により自己負担額相当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—) (費用徴収の 有 ・ 無)					
受けられない					
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。					
年 月 日					
申請者 氏名				印	

(注意) 裏面も忘れずにご記入ください。

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		平成 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			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 _____

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	氏名 印
	代理人の 氏 名	(フリガナ) _____ 印
	代理人の 住 所	郵便番号 _____

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	自 年 月 日～		
		(入院・外来)	治療中	
至 年 月 日				
自 年 月 日～				
(入院・外来)	治療中			
至 年 月 日				
自 年 月 日～				
(入院・外来)	治療中			
至 年 月 日				
自損事故の場合記入 (該当するものを 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 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)

連絡先 _____

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いふ提起できませんが、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

様式第32号（第24条関係）

後期高齢者医療一部負担金未収金徴収申立書

被 保 険 者 番 号		
被 療 保 養 を 受 け た 者	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	明治 大正 昭和 年 月 日
	住 所	
傷 病 名		
発病又は負傷年月日		年 月 日
一 部 負 担 金 未 収 金 の 額		円
一部負担金の徴収が 困 難 な 理 由		
秋田県後期高齢者医療広域連合長 様		
上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療一部負担金未収金の徴収申立を申請します。		
年 月 日		
医療機関 名 称 所在地 申請者 氏名		
印		

様式第33号(第24条関係)

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	

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

_____ 役所(役場) _____ 課

〒

住 所

電話番号 ()

〒
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

平成 年度分の後期高齢者医療保険料額を次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						

年度分の後期高齢者医療保険料額	円
-----------------	---

保険料算定の基礎

賦課のもととなる所得金額	所得割率	所得割額 ×	均等割額	算出額 +
限度超過額	軽減額	年保険料額 - -	月数	月割減額
				保険料額 + - -

被保険者の被扶養者に係る軽減が適用される期間の保険料算定の基礎(終了年度のみ)

均等割額	軽減額	年保険料額 -	月数	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及び秋田県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療条例の規定によって、年 月 日現在の後期高齢者医療の被保険者に対して賦課されたものです。

* 保険料算出方法は以下のとおりです。

$$\left. \begin{aligned} &\text{所得割額} = \text{賦課のもととなる所得金額} (\quad) \times \text{所得割率} (\quad / 100) \\ &\text{均等割額} = \quad \text{円} \end{aligned} \right\} \begin{aligned} &\text{確定年保険料} \\ &〔50万円を限度とする〕 \end{aligned}$$

なお、年4月1日以降に納付義務及び資格の発生・消滅があるときは月割りにて算定します。

$$1 \text{ 賦課のもととなる所得金額} = \text{年中の所得} - 33\text{万円}$$

* 低所得者に対する軽減

次に該当する世帯の被保険者は、下記の保険料額が軽減されます。

総所得金額等が33万円以下	均等割額	円
総所得金額等が33万円 + { 24.5万円 × 被保険者数(世帯主を除く。) } 以下	均等割額	円
総所得金額等が33万円 + { 35万円 × 被保険者数 } 以下	均等割額	円

* 被用者保険の被扶養者であったものに対する軽減

被用者保険の被扶養者であった方は、所得割がかからず、下記の保険料額が軽減されます。

$$\text{均等割額} \dots \text{円}$$

* 被用者保険の被扶養者であった方については、10月から保険料が徴収されますが、施行直前に被用者保険の被扶養者となった方など、9月以前に保険料が徴収された場合には、徴収した保険料のうち、本通知書による平成20年度賦課額を超過した分を還付します。

* 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

〒

住 所

電話番号

〒
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変更決定通知書

年度分の後期高齢者医療保険料額を次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							

年度分の後期高齢者医療保険料額	円
-----------------	---

保険料算定の基礎

	賦課のもととなる所得金額	所得割率	所得割額 ×	均等割額	算出額 +	
変更前						
変更後						
	限度超過額	軽減額	年保険料額 -	月数	月割減額	保険料額 + - -
変更前						
変更後						

被保険者の被扶養者に係る軽減が適用される期間の保険料算定の基礎(終了年度のみ)

	均等割額	軽減額	年保険料額 -	月数	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及び秋田県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療条例の規定によって、年 月 日現在の後期高齢者医療の被保険者に対して賦課されたものです。

* 保険料算出方法は以下のとおりです。

$$\left. \begin{aligned} \text{所得割額} &= \text{賦課のもととなる所得金額} (\quad) \times \text{所得割率} (\quad / 100) \\ \text{均等割額} &= \quad \quad \quad \text{円} \end{aligned} \right\} \begin{array}{l} \text{確定年保険料} \\ \text{〔50万円を限度とする。〕} \end{array}$$

なお、年4月1日以降に納付義務及び資格の発生・消滅があるときは月割りにて算定します。

$$1 \text{ 賦課のもととなる所得金額} = \text{年中の所得} - 33\text{万円}$$

* 低所得者に対する軽減

次に該当する世帯の被保険者は、下記の保険料額が軽減されます。

総所得金額等が33万円以下	均等割額	円
総所得金額等が33万円 + { 24.5万円 × 被保険者数(世帯主を除く。) } 以下	均等割額	円
総所得金額等が33万円 + { 35万円 × 被保険者数 } 以下	均等割額	円

* 被用者保険の被扶養者であったものに対する軽減

被用者保険の被扶養者であった方は、所得割がかからず、下記の保険料額が軽減されます。

均等割額 . . . 円

* 被用者保険の被扶養者であった方については、10月から保険料が徴収されますが、施行直前に被用者保険の被扶養者となった方など、9月以前に保険料が徴収された場合には、徴収した保険料のうち、本通知書による平成20年度賦課額を超過した分を還付します。

* 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
〒
住 所
電話番号

〒
住所
氏名

年度分 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 ^印	職業	
		電話	
現住所	(世帯主の氏名及び続柄)		

所得金額等

所得の種類	①収入金額	②必要経費 (専従者給与額・控除額を含む)	③所得金額(①-②)	備考
営業	円	円	円	
不動産	円	円	円	
農業	円	円	円	
専従者 控除		円		営業、不動産、農業の 必要経費の内数
給与	円			
専従者 控除		円		給与収入額の内数
年金	円			遺族年金・障害年金等 非課税年金を除く
譲渡	円	円	円	下記欄に必要事項を 記入してください
その他	円	円	円	
	円	円	円	

譲渡所得に関する事項

資産の種類 (印を付してください)	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

〒
住所
氏名

秋田県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療の賦課資料について(照会)

当後期高齢者医療保険料の賦課資料として、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。

年度	フリガナ 氏 名	生年月日
貴管内住所	自治体住所	
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.....

後期高齢者医療の賦課資料について(回答)

年 月 日

市町村長名

(市町村名・担当課)

調査NO	被保険者番号				
貴管内住所	自治体住所				
現住所					
照会先	転入前自治体名				
年度	フリガナ 氏 名	生年月日			
旧ただし書所得	円	低 低 判定所得	円		
減額対象所得	円	一部負担割合判定所得	円		
給与収入額	円	調 査 結 果	1. 下記・別紙のとおり	2. 未申告	
給与専従者収入額	円		3. 被扶養者	4. 該当なし	
公的年金収入額	円	分 離 渡	長期	特別控除前所得額	円
雑所得(年金+その他)	円		短期	特別控除額	円(適用法令 条)
上 記 以 外 の 所 得	所得種類	所 得 金 額	特別控除前所得額	円	
		円	特別控除額	円(適用法令 条)	
		円	専従者給与(控除)額	円	
		円	繰越損失控除額	純損 円 雑損 円	
		円	住民税課税状況	課 税 ・ 非 課 税	
		円	住民税課税標準額	円	
	円	老年人非課税の経過措置対象	該 当 ・ 非 該 当		
賦課期日後転入者の前住所					