

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30年7月26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8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。

第20条の見出し中「高額療養費」を「月間の高額療養費」に改め、同条第1項中「高額療養費の支給申請書」を「月間の高額療養費の支給申請書」に改め、同条の次に次の2条を加える。

（年間の高額療養費の支給申請等）

第20条の2 省令第70条の2第1項の規定による年間の高額療養費の支給申請書の様式は、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（様式第45号）のとおりとする。

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42号）を提出しなければならない。

3 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（様式第15号の3）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。

（年間の高額療養費の自己負担額証明書の交付申請）

第20条の3 省令第70条の3第1項の規定による証明書の交付申請の様式は、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（様式第45号）によるものとする。

2 省令第70条の3第2項の規定による年間の高額療養費の自己負担額証明書の様式は、後期高齢者医療高額療養費（外来年間合算）自己負担額証明書（様式第46号）によるものとする。

第21条第1項中「申請書の様式」を「高額介護合算療養費の支給申請書の様式」に改める。

第22条の見出し中「自己負担額証明書」を「高額介護合算療養費の自己負担額証明書」に改め、同条第1項中「自己負担額証明書の交付申請の様式」を「高額介護合算療養費の自己負担額証明書の交付申請書の様式」に、「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」を「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（様式第41号）」に改め、同条第2項中「後期高齢者医療自己負担額証明書（様式第43号）」を「後期高齢者医療高額介護合算療養費自己負担額証明書（様式第43号）」に改める。

様式第15号中「（第12条、第14条、第15条、第20条、第23条関係）」を「（第12条、第14条、第15条、第20条及び第23条関係）」に改める。

様式第15号の3中「（第21条関係）」を「（第20条の2及び第21条関係）」に改める。

様式第16号中「（第12条、第14条、第15条、第20条、第21条、第23条関係）」を「（第12条、第14条、第15条、第20条、第20条の2、第21条及び第23条関係）」に改める。

様式第28号中「

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	性別	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	(制度名一 ) (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 <small>左詰記載して下さい</small>			
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人はカタカナで上段より左詰めに記載してください。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。
年 月 日
申請者 住 所 氏 名
印

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 (印)
	代理人の氏名	(フリガナ) (印)
	代理人の住所	郵便番号

」を「

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	性別	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	(制度名一 ) (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	本 店 ・ 支 店 ( )	預 金 種 別	普 通 当 座 ( )
	信 用 金 庫			
	信 用 組 合			
	協 同 組 合			
	( )			
口座番号等				
左請記載して下さい				
口座名義人				
(カタカナ)				

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 印

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 (印)
	代理人の氏名	(フリガナ) (印)
	代理人の住所	郵便番号

」に改める。

様式第41号中「（第21条関係）」を「（第21条及び第22条関係）」に改める。

様式第42号中「（第21条関係）」を「（第20条の2及び第21条関係）」に改め、同様式中「

## 申 立 ・ 誓 約 書

年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

〒  
申 立 者 住 所 \_\_\_\_\_  
(相続人代表者) フリガナ \_\_\_\_\_  
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)

( 年 月 日死亡)

被保険者番号 ( )

」を「

## 申立・誓約書

年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

〒  
申立者 住 所 \_\_\_\_\_  
(相続人代表者) フリガナ \_\_\_\_\_  
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)

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日死亡)

被保険者番号 ( \_\_\_\_\_ )

」に改める。

様式第43号中「

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 自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ			
氏名			
生年月日		性別	
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			
計			

」を「

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 高額介護合算療養費自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ			
氏名			
生年月日		性別	
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			
計			

」に改める。

様式第44号の次に次の2様式を加える。



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						個人番号	
氏名	生年月日	生	性別	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	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間		
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				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 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。				郵便番号	住所		
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。				申請代表者			
※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。				氏名	印		
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。				電話番号			

様式第46号（第20条の3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 高額療養費（外来年間合算）自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ 氏名			
生年月日			性別
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		
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			

※自己負担額については、負担割合が1割である外来の自己負担額を月ごとに合算し、高額療養費の支給額を差し引いて計算しています。

附 則

この規則は、平成30年8月1日から施行する。