

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交付する。

令和6年12月2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連合規則第4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5条の見出し中「被保険者証の返還」を「特別療養費の支給」に改め、同条中「後期高齢者医療被保険者資格証明書の交付」を「法第82条に規定する特別療養費の支給」に改め、同条の次に次の1条を加える。

（資格確認書の交付申請）

第5条の2 省令第16条第1項の規定による資格確認書（様式第51号）の交付申請書の様式は、後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書（様式第52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審査を行った結果、資格確認書を交付すべき場合に該当しないと認めるときは、後期高齢者医療資格確認書交付申請却下通知書（様式第53号）により当該被保険者に対し通知するものとする。

第6条の見出し中「被保険者証」を「資格確認書」に改め、同条第1項中「第19条第1項」を「第17条第1項」に、「被保険者証」を「資格確認書」に改め、同条第2項を削る。

第7条の見出し中「被保険者証等」を「資格確認書」に改め、同条第1

項中「第20条第1項」を「第18条第1項」に、「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）」を「資格確認書」に改め、同条第2項を削り、同条の次に次の4条を加える。

（資格確認書の有効期限）

第7条の2 省令第16条第2項の規定による有効期限は、1年を超えない期間で到来する更新月の前月末日までとする。

2 広域連合長は、必要と認めるときは、資格確認書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、資格確認書の有効期限は、当該資格確認書に記載した期限とする。

（資格情報通知書による通知）

第7条の3 省令第20条第1項及び第2項の規定による通知は、後期高齢者医療資格情報のお知らせ（様式第54号）の交付により行う。

（資格情報通知書の再交付申請）

第7条の4 省令第21条第1項の規定による資格情報通知書の再交付申請書の様式は、後期高齢者医療再交付申請書のとおりとする。

（資格情報通知書の更新）

第7条の5 資格情報通知書の更新は、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、資格情報通知書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、資格情報通知書の有効期限は、当該資格情報通知書に記載した期限とする。

第17条の見出し中「限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請等」を「認定に係る情報を記載した資格確認書」に改め、同条第1項を次のように改める。

第5条の2、第6条、第7条及び第7条の2の規定は、省令第66条の2第2項及び省令第67条第2項に規定する資格確認書について準用する。第17条第2項を削り、同条の次に次の1条を加える。

（長期入院該当適用申請等）

第17条の2 省令第67条第1項及び後期高齢者医療の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額（平成19年厚生労働省告示第395号）の1の表に規定する入院日数届書は、後期高齢者医療入院日数届書兼長期入院該当適用申請書（様式第24号）とする。

2 広域連合長は、前項の申請を受理し審査を行った結果、省令第35条第1号に該当し、かつ、申請書を提出した月以前の12ヶ月以内の入院日数が90日を超えるものと認める被保険者（以下「長期入院該当適用被保険者」という。）であって、資格確認書の交付を受けようとする者には、当該認定に係る情報を記載した資格確認書を交付するものとする。

3 第5条の2第1項、第6条、第7条及び第7条の2の規定は、前項に規定する資格確認書について準用する。

4 広域連合長は、第1項の申請を受理し審査を行った結果、長期入院該当適用被保険者に該当しないと認めるときは、後期高齢者医療長期入院該当適用申請却下通知書（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。

第19条の見出し中「等」を削り、同条第1項中「、第66条の2第6項及び第67条第6項」及び「及び認定証」を削り、同条第2項を削る。

第27条及び第28条を次のように改める。

第27条 （削除）

第28条 （削除）

様式第5号を次のように改める。

様式第5号（第6条、第7条の4、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		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
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"/> 個人番号カード <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 ( )		
<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、            ( <input type="checkbox"/>資格確認書  <input type="checkbox"/>資格情報通知書 (資格情報のお知らせ)  <input type="checkbox"/>特定疾病療養受療証 ) の再交付を            申請します。</p> <p>年 月 日</p>			

様式第6号（削除）

様式第7号（削除）

様式第24号を次のように改める。

様式第24号（第17の2条関係）

後期高齢者医療入院日数届書兼長期入院適用申請書

申請(届出)者名			本人との関係	
申請(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	

<長期入院に関する届出欄>

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			
<ul style="list-style-type: none"> <li>・上記のとおり、関係書類を添えて届出します。</li> <li>・資格確認書を保有し、長期入院被保険者として認定された場合は、長期入院該当日を資格確認書に併記することを希望します。</li> </ul>			
年 月 日			

様式第25号（削除）

様式第26号を次のように改める。

様式第26号（第17条の2関係）

年 月 日

様

秋田県後期高齢者医療広域連合長 印

### 後期高齢者医療長期入院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規則第67条第1項及び後期高齢者の食事療養費標準負担額および生活療養費標準負担額（平成19年厚生労働省告示第295号）の規定に基づく長期入院該当の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	

pp

#### 審査請求及び取消訴訟

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

\_\_\_\_\_ 役所（役場） \_\_\_\_\_ 課  
〒 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_（ ）

様式第27号（削除）

様式第38号（削除）

様式第47号（削除）

様式第48号（削除）

様式第49号（削除）

様式第50号（削除）

様式第50号の次に次の4様式を加える。

様式第51号（第5条の2関係）

(表 面)

後期高齢者医療資格確認書	有効期限	年	月	日
被 保 険 者 番 号				
氏 名	性 別			
生 年 月 日		年	月	日
資 格 取 得 年 月 日		年	月	日
交 付 年 月 日		年	月	日
負 担 割 割 合 ・ 発 効 期 日				
		年	月	日
限 度 区 分 ・ 発 効 期 日				
		年	月	日
長 期 入 院 該 当 日		年	月	日
特 定 疾 病 区 分 ・ 発 効 期 日		年	月	日
保 険 者 番 号				
保 險 者 名	秋田県後期高齢者医療広域連合			印

(裏 面)

住 所	
備 考	
<p>※ 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。</p> <p>1. 私は、<u>脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも</u>、移植の為に臓器を提供します。 2. 私は、<u>心臓が停止した死後に限り</u>、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。》</p> <p style="text-align: center;">【 心臓・肺・肝臓・腎臓・<sup>じん</sup>膵臓・<sup>せい</sup>臓・小腸・眼球 】</p> <p>〔特記欄： _____ 〕</p> <p>署名年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>本人署名（自筆）： _____ 家族署名（自筆）： _____</p>	

様式第52号（第5条の2関係）



## 後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書

交付を希望する被保険者	フリガナ		生年月日
	氏名		年    月    日
住所			
被保険者番号	個人番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

申請理由 該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください	<input type="checkbox"/> <b>任意記載事項を併記した資格確認書の交付を希望する</b> <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予定である <input type="checkbox"/> 介助者等の第三者が被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である <input type="checkbox"/> その他 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">}</div> <p style="font-size: x-small; margin-top: 5px;">※マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができない事情を具体的に記載ください</p>
---	--

任意記載事項の 記載の希望	<input type="checkbox"/> <b>任意記載事項の記載を希望する（希望するもの全てに<input checked="" type="checkbox"/>してください）</b> <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分  <input type="checkbox"/> 特定疾病区分                 </div> <input type="checkbox"/> <b>任意記載事項の記載を希望しない</b>
------------------	---

※ 任意記載事項を記載することで、例えば同一医療機関等において、1箇月につき定められた自己負担限度額の範囲内で療養の給付を受けることができます。

※ 「自己負担限度額等の適用区分」とは、自己負担限度額の適用区分または食事療養標準負担額若しくは生活療養標準負担額の減額の適用区分をいいます。

※ 「特定疾病区分」とは、厚生労働大臣が定める特定疾病（人工腎臓を実施する慢性腎不全など）の認定を受けた場合の認定を受けた特定疾病を指す区分（記号で表記）をいいます。

秋田県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、 資格確認書の交付 ・ 任意記載事項の併記 を申請します。

年    月    日

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

被保険者本人との続柄 \_\_\_\_\_

届出者が本人・同一世帯以外の方の場合は委任状や本人意思が確認できる書類等が必要になります。)

様式第53号（第5条の2関係）

年 月 日

様

秋田県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療資格確認書交付申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律第54条第3項に基づく資格情報交付申請については、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	

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、その他政党的理由があるときは、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が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

\_\_\_\_\_市町村\_\_\_\_\_課

〒

住 所

電話番号 ( )

様式第54号（第7条の3関係）

後期高齢者医療資格情報のお知らせ

秋田県後期高齢者医療広域連合

保険者番号 39053105

あなたの加入する後期高齢者医療制度の資格情報を下記のとおりお知らせします。

なお、このお知らせのみでは受診できません。

被保険者番号	
氏名	
負担割合	
有効期限	年 月 日
発効期日	年 月 日
交付年月日	年 月 日

スマートフォンをお持ちの方は、以下のQRコードからマイナポータルにログインすることで、ご自身の健康保険の資格情報を確認することができます。ぜひご活用ください。

－ マイナポータルへのアクセス・ダウンロードはこちら －

QRコード  
記載欄

マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合については、スマートフォンの資格情報画面をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます（スマートフォンをお持ちでない方は、この文書をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます）。

下部を切り取ってご利用いただくこともできます。

（このお知らせのみでは受診できません）

後期高齢者医療資格情報のお知らせ
年 月 日 発行
秋田県後期高齢者医療広域連合
保険者番号 39052105
被保険者番号
氏名
負担割合
有効期限
受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和6年12月2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被保険者証、限度額適用・標準負担額減額認定証、限度額適用認定証及び資格証明書は、その有効期限を経過するまでは、使用できるものとする。また、これらの文書はこの規則の施行日以後再交付は行わないが、限度額適用・標準負担額減額認定証及び限度額適用認定証の再交付については、有効な被保険者証があり、再交付対象の証が有効な期間に限り再交付を行うことができるものとする。
- 3 この規則の施行以後令和7年7月31日までの間、資格情報通知書の交付に代えて資格確認書を交付する。