

秋田県後期高齢者医療広域連合告示第 号

秋田県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療一部負担金の減額及び免除並びに徴収猶予取扱要綱の一部を改正する要綱を次のとおり定める。

令和 8 年 6 月 26 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 沼 谷 純

秋田県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療一部負担金の減額及び免除並びに徴収猶予取扱要綱の一部を改正する要綱

秋田県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療一部負担金の減額及び免除並びに徴収猶予取扱要綱（平成20年秋田県後期高齢者医療広域連合告示第 5 号）の一部を次のように改正する。

第 2 条第 1 項第 9 号中「又は令和 7 年 3 月 31 日に指定が解除された帰還困難区域に属する世帯」を「及び令和 6 年度に指定が解除された帰還困難区域に属する世帯」に、「令和 6 年」を「令和 7 年」に、「令和 7 年 7 月」を「令和 8 年 7 月」に、「、令和 5 年」を「、令和 6 年」に、「26」を「27」に改め、同項第 10 号中「又は令和 7 年 3 月 31 日に指定が解除された帰還困難区域に属する世帯」を「及び令和 6 年度に指定が解除された帰還困難区域に属する世帯」に、「26」を「27」に改め、同項第 13 号を削る。

第 3 条第 4 号中「令和 8 年」を「令和 9 年」に改め、同条第 5 号を削る。

様式第 3 号中「

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 _____

同 意 書

私は、後期高齢者医療一部負担金の免除及び徴収猶予を申請するに当たり、私及び私の家族全員の資産、収入等の状況調査に同意します。

」を「

年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

同 意 書

私は、後期高齢者医療保険料／一部負担金の免除及び徴収猶予を申請するに当たり、広域連合が審査のために必要があるときは、私及び関係する世帯員等の資産若しくは収入の状況につき、秋田県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が市町村その他の官公署若しくは年金保険者（以下「官公署等」という。）に対し、必要な資料の提供を求めること又は銀行、信託会社その他の機関若しくは被保険者の雇用主その他の関係人（以下「銀行等」という。）に報告を求めることに同意します。

また、広域連合が官公署等に資料の提供を求める際又は銀行等へ報告を求める際に、この調査同意書の写しを提示することについても同意します。

申請者

（被保険者）

住 所

氏 名

㊞

（世帯員等）

氏 名

㊞

（世帯員等）

氏 名

㊞

（世帯員等）

氏 名

㊞

（世帯員等）

氏 名

㊞

」に改める。

附 則

この告示は、公布の日から施行する。