

福井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4月1日〕
規則第2号

平成26年	3月27日	規則第3号
平成27年	12月15日	規則第2号
平成28年	3月31日	規則第3号
平成29年	12月18日	規則第2号
平成30年	3月13日	規則第1号
平成30年	8月1日	規則第2号
平成30年	11月1日	規則第3号
令和2年	6月1日	規則第2号
令和2年	9月1日	規則第4号
令和2年	12月1日	規則第5号
令和3年	3月31日	規則第6号
令和3年	6月3日	規則第7号
令和3年	9月22日	規則第12号
令和3年	11月30日	規則第13号
令和4年	2月15日	規則第1号
令和4年	5月23日	規則第6号
令和4年	9月26日	規則第7号
令和4年	12月9日	規則第10号
令和6年	12月2日	規則第5号

目次

- 第1章 総則（第1条）
- 第2章 被保険者（第2条－第10条）
- 第3章 後期高齢者医療給付（第11条－第28条）
- 第4章 保険料（第29条－第32条）
- 第5章 雑則（第33条）
- 附則

第1章 総則

（趣旨）

第1条 本広域連合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。）及び福井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年福井県後期高齢者医療広域連合条例第21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。

第2章 被保険者

（障害認定の申請）

第2条 省令第8条第1項の障害認定申請書の様式は、様式第1号によるものとする。

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、政令別表に定める程度の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）により当該被保険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及び喪失に関する届書の様式は、様式第3号によるものとする。

2 広域連合長は、前項の届書を受理したときは、速やかにこれを審査し、法第53条に規定する要件に該当すると認める場合は、後期高齢者医療資格喪失証明書（様式第4号）により当該被保険者に対し通知するものとする。

（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、様式第5号によるものとする。

（資格確認書の交付申請等）

第5条 省令第16条第1項の規定による資格確認書の交付を求める申請書並びに省令第62条第4項、第66条の2第2項及び第67条第2項の規定による資格確認書への情報の記載を求める申請書の様式は、様式第5号の2によるものとする。

2 省令第16条第6項の資格確認書の有効期限は、当該資格確認証に記載した期限とする。

（資格確認書等の再交付の申請）

第6条 省令第17条第1項（省令第62条第8項、第66条の2第6項及び第67条第6項において準用する場合を含む。）の規定による資格確認書又は特定疾病療養受療証の再交付に係る申請書の様式は、様式第8号によるものとする。

（資格確認書の更新）

第7条 省令第18条第1項（省令第62条第8項、第66条の2第6項及び第67条第6項において準用する場合を含む。）の規定による資格確認書の更新は、原則として1年ごとに行う。

2 前項の資格確認書の更新時期は、8月1日とする。

（資格情報通知書）

第8条 省令第20条第1項の規定による資格情報通知書の様式は、様式第8号の2によるものとする。

2 省令第21条第1項の規定による資格情報通知書の再通知に係る申請書の様式は、様式第8号によるものとする。

（認定証明書の申請）

第9条 省令第26条の規定による転出の届出に際して、次に掲げる認定を受けようとするときの申請書の様式は、後期高齢者医療認定証明書交付申請書（様式第9号）によるものとする。

(1) 法第99条第2項に規定する被扶養者であった被保険者たることの認定

(2) 省令第8条第1項に規定する障害認定

(3) 省令第62条第1項に規定する特定疾病認定

2 広域連合長は、前項の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10号）を交付するものとする。

（負担区分等証明書の申請）

第10条 住所の変更により被保険者の資格を喪失した者は、負担区分等の証明書の交付を受けようとするときの申請書の様式は、後期高齢者医療負担区分等証明書交付申請書（様式第11号）によるものとする。

2 広域連合長は、前項の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12号）を交付するものとする。

第3章 後期高齢者医療給付

（基準収入額適用申請）

第11条 省令第32条の規定による基準収入額の適用に係る申請書の様式は、様式第13号によるものとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理したときは、これを審査し、政令第7条第3項に規定する要件に該当すると認める場合にあっては負担区分を変更し、同項に規定する要件に該当しないと認める場合にあって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14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12条 省令第33条第2項の一部負担金減免等申請書の様式は、様式第15号によるものとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理したときは、速やかにその要否を決定し、後期高齢者医療一部負担金減額証明書（様式第16号）、後期高齢者医療一部負担金免除証明書（様式第17号）若しくは後期高齢者医療一部負担金徴収猶予証明書（様式第18号）を交付し、又は後期高齢者医療一部負担金減免及び徴収猶予申請却下通知書（様式第19号）により当該被保険者に対し通知するものとする。

（標準負担額の差額の支給申請）

第13条 省令第37条第2項又は第42条第2項の規定による食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の差額の支給に関する申請書の様式は、様式第20号によるものとする。

（第三者の行為による被害の届書）

第14条 省令第46条の規定による第三者の行為による被害の届書の様式は、様式第21号によるものとする。

（療養費の支給申請）

第15条 省令第47条第1項の規定による療養費の支給に係る申請書の様式は、様式第22号によるものとする。ただし、柔道整復師施術療養費に関する申請書の様式については、広域連合と柔道整復師会との間に締結された協定書に定める様式によることができる。

（特別療養費の支給方法）

第16条 省令第54条第1項の規定による特別療養費の支給に係る申請書の様式は、様式第23号によるものとする。

（資格確認書の返還通知）

第16条の2 省令第54条の2第1項の規定による資格確認書の返還を求める通知書の様式は、様式第6号によるものとする。

（特別の事情に関する届書）

第16条の3 省令第54条の4及び第73条の規定による特別の事情に関する届書の様式は、様式第7号によるものとする。

（移送費の支給申請）

第17条 省令第60条第1項の規定による移送費の支給に係る申請書の様式は、様式第24号によるものとする。

（特定疾病の認定申請）

第18条 省令第62条第1項の規定による特定疾病の認定に係る申請書の様式は、様式第25号によるものとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理したときは、速やかにこれを審査し、政令第14条第4項に規定する要件に該当しないと認める場合は、後期高齢者医療特定疾病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・標準負担額減額の認定申請）

第19条 省令第67条第1項の規定による限度額適用・標準負担額減額認定に係る申請書の様式は、様式第27号によるものとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理したときは、速やかにこれを審査し、政令第16条第1項に規定する要件に該当しないと認める場合は、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28号）により当該被保険者に対し通知するものとする。

第20条及び第21条 削除

（高額療養費の支給手続）

第22条 省令第70条第1項の規定による高額療養費の支給に係る申請書の様式は、様式第30号によるものとする。

第22条の2 省令第70条の2第1項の規定による高額療養費の支給に関する申請書の様式は、様式第30号の2によるものとする。

（高額介護合算療養費の支給申請）

第23条 法第85条第1項の規定による高額介護合算療養費の支給に係る申請書の様式は、様式第31号によるものとする。

（葬祭費の支給申請）

第24条 被保険者が死亡した場合において、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32号）を広域連合長に提出しなければならない。

（医療給付支給の決定等）

第25条 広域連合長は、第13条、第15条から第17条及び第22条から第24条の規定による申請書を受理したときは、速やかにその要否を決定し、後期高齢者医療給付支給決定通知書（様式第33号）又は後期高齢者医療給付支給申請却下通知書（様式第34号）により当該被保険者に対し通知するものとする。ただし、第16条の規定による決定通知については、後期高齢者医療給付特別療養費支給額通知書（様式第35号）によるものとする。

（後期高齢者医療給付費の一時差止通知）

第26条 広域連合長は、法第92条第1項又は第2項の規定により後期高齢者医療給付の全部又は一部の支払を一時差し止めるときは、後期高齢者医療給付の一時差止通知書（様式第36号）により当該被保険者に対し通知するものとする。

（後期高齢者医療給付の一時差止の解除）

第27条 法第92条第1項又は第2項の規定により後期高齢者医療給付の支払を一時差し止められている者が、政令第17条において準用する政令第12条の2各号に掲げる事由のいずれかに該当したときは、後期高齢者医療給付の支払の一時差止を解除する。

2 広域連合長は、前項の規定により後期高齢者医療給付の支払の一時差止を解除したときは、後期高齢者医療給付の一時差止解除通知書（様式第37号）により当該滞納者に通知するとともに、速やかに給付を再開するものとする。

（一時差止に係る後期高齢者医療給付額からの滞納保険料額の控除通知）

第28条 省令第75条の規定による一時差止に係る後期高齢者医療給付額からの滞納保険料額の控除の通知の様式は、様式第38号によるものとする。

第4章 保険料

（保険料の額の通知）

第29条 条例第17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、様式第39号から様式第43号までによるものとする。

（保険料の徴収猶予）

第30条 条例第18条第2項の規定による保険料の徴収猶予に係る申請書の様式は、様式第44号によるものとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理したときは、速やかにこれを審査して、徴収猶予の要否を決定し、様式第45号又は様式第46号により当該被保険者に対し通知するものとする。

（保険料の減免）

第31条 条例第19条第2項の規定による保険料の減免に係る申請書の様式は、様式第47号によるものとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理したときは、速やかに審査して、その要否を決定し、様式第48号又は様式第49号により当該被保険者に対し通知するものとする。

（申告書）

第32条 条例第20条の規定による申告書の様式は、様式第50号によるものとする。

第5章 雑則

（その他）

第33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。

第7編 業務（福井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）

（新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金の支給申請）

- 2 条例附則第5条に規定する傷病手当金の支給を受けようとする者は、後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用①）（様式第51号）、後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用②）（様式第51号の2）、後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（事業主記入用）（様式第51号の3）及び後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）（様式第51号の4）を広域連合長に提出しなければならない。
- 3 広域連合長は、前項の申請書を受理したときは、速やかにその要否を決定し、後期高齢者医療傷病手当金支給決定通知書（様式第52号）又は後期高齢者医療傷病手当金支給申請却下通知書（様式第53号）により当該申請者に通知する。
- 4 福井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の一部を改正する条例（令和2年条例第6号）附則に規定する規則で定める日は、令和5年3月31日とする。

附 則

この規則は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

附 則

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この規則は、平成29年12月18日から施行する。

附 則

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この規則は、平成30年8月1日から施行する。

附 則

この規則は、平成30年11月1日から施行する。

附 則

この規則は、令和2年6月1日から施行する。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

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 この規則の施行の前日にこの規則による改正前の福井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より行った申請その他の手続は、なお従前の例による。
- 3 この規則の施行の日後に行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律（令和5年法律第48号）附則第18条、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う関係政令の整備等及び経過措置に関する政令（令和6年政令第260号）第10条及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令（令和6年厚生労働省令第119号）附則第8条の規定により、なお従前の例によるとされているものに係る申請その他の手続については、なお従前の例による。

様式第1号（第2条関係）

第7編 業務（福井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）

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	
個人番号			
生年月日			
住所			
マイナンバーカード（※）の健康保険証利用登録の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
申請区分		<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 変更申請 <input type="checkbox"/> 喪失申請	
申請事由		<input type="checkbox"/> 新規に障害認定されたため <input type="checkbox"/> 障害認定が継続されたため <input type="checkbox"/> その他の理由により障害認定されたため （ ） <input type="checkbox"/> 障害認定の資格を変更したため <input type="checkbox"/> 障害認定の資格を喪失したため （ 障害等級の変更・障害認定の撤回 ）	
所有手帳 又は 証書 種類	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	
	療育手帳	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	
	精神障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	
	国民年金証書	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	
	障害種別その他		
福井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。 年 月 日 申請者 氏名			

※ マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（5年毎に更新が必要）が有効であるものに限りです。

第 号
年 月 日

様

福井県後期高齢者医療広域連合長 印

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	
却下理由	

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月以内に、福井県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、審査請求があった日から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、福井県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、福井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。

問合せ先

〒

住 所

電話番号

後期高齢者医療被保険者資格に係る届書

		変更後	変更前
被 保 険 者	被 保 険 者 番 号		
	個 人 番 号		
	被保険者フリガナ		
	被 保 険 者 氏 名	性別	
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	
	住 所		
世帯主フリガナ			
世 帯 主 氏 名	性別		
生 年 月 日		年 月 日	
世帯主との続柄			
事由発生年月日		年 月 日	
届 出 事 由		取得 喪失 異動 障害状態不該当	
取 得 事 由		県外転入 職権復活 75歳到達 適用除外非該当 その他取得	
喪 失 事 由		県外転出 職権喪失 死亡 適用除外該当 その他喪失	
異 動 事 由		氏名変更 住所変更 世帯変更	
不 該 当 理 由		障害等級変更 その他理由（ ）	
マイナンバーカード（※）の 健康保険証利用登録の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
<p>福井県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり届出いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者 氏名 _____</p> <p>本人との関係 _____</p> <p>連絡先電話番号 _____</p>			

※ マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（5年毎に更新が必要）が有効であるものに限りします。

後期高齢者医療被保険者住所地特例に係る届書

被保険者番号			
保険者番号			
個人番号			
被保険者フリガナ			
被保険者氏名			
生年月日	性別	年 月 日	
世帯主フリガナ			
世帯主氏名			
生年月日	性別	年 月 日	
世帯主との続柄			
事由発生年月日		年 月 日	
届出事由		適用	変更 終了
異動後	現住所	〒 _____ 電話番号 _____	
	施設名称		
	入所年月日	年 月 日	
異動前	従前の住所	〒 _____ 電話番号 _____	
	施設名称		
	退所年月日	年 月 日	
<p>福井県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり届出いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者 氏名 _____</p> <p>本人との関係 _____</p> <p>連絡先電話番号 _____</p>			

様式第5号の2(第5条関係)

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 氏名							生年月日 年 月 日
個人番号								
住所								
申請理由 該当するものに ☑してください	<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がない <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"/> 既に資格確認書の交付を受けているが、任意記載事項についても記載したい <input type="checkbox"/> その他 ※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 () ※マイナンバーカードを取得していない方、取得しているが保険証利用登録を行っていない方には、申請によらず資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。							
任意記載事項の 記載の希望	任意記載事項の記載を希望する(希望するもの全てに☑してください) <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 <input type="checkbox"/> 任意記載事項の記載を希望しない ※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又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。							

福井県後期高齢者医療広域連合長

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

電話番号

被保険者本人との続柄

(※代理人が申請する場合は、別途、委任状の添付が必要になります。)

様式第6号(第16条の2関係)

第 号
年 月 日

様

福井県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療被保険者証の返還通知書

{ 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第54条の2第1項 }
{ 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第66条の2第3項 } に基づき
{ 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 }
資格確認書の返還対象者となりましたのでお知らせします。

被 保 険 者 番 号	
氏 名	

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月以内に、福井県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、審査請求があった日から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、福井県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、福井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。

問合せ先

〒

住 所

電話番号

特別の事情（発生）届書

（省令第54条）

（省令第73条）

被 保 険 者 番 号		
個 人 番 号		
被 保 険 者	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	
保 険 料 を 納 付 す る こ と が で き な い 理 由	特別の事情発生年月日 年 月 日	
<p>福井県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて届出いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者 氏名 _____</p> <p>本人との関係 _____</p> <p>連絡先電話番号 _____</p>		

様式第8号（第7条関係）

後期高齢者医療再交付申請書

福井県後期高齢者医療広域連合長 様

再交付を受けてから事故が発生したときは、一切の責任を私が負い、福井県後期高齢者医療広域連合に対しては損害をかけないことを誓いますので、次のとおり再交付を申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号										
	個人番号										
	フリガナ								生年月日	明・大・昭	
	氏名									年 月 日	
	住所	〒 電話番号									

再交付する 証明書	1 資格確認書 2 資格情報のお知らせ 3 特定疾病療養受療証
申請の理由	1 紛失・消失 2 破損・汚損 3 その他（ ）

資格情報のお知らせ

福井県後期高齢者医療広域連合

（保険者番号）

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	割
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。ぜひご利用ください。

— マイナポータルへのアクセス・ダウンロードはこちら —



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）

資格情報のお知らせ

年月日 発行
 福井県後期高齢者医療広域連合
 （保険者番号）

被保険者番号

氏名

負担割合 割

有効期限 年 月 日

受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です

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	
	生年月日	
	住所	
申請する証明書	1 後期高齢者医療被用者保険被扶養者であった被保険者の認定証明書 2 後期高齢者医療障害認定証明書 3 後期高齢者医療特定疾病認定証明書	
<p>福井県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>年 月 日に転出するので、上記の認定書の交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 旧住所 _____</p> <p>新住所 _____</p> <p>氏名 _____</p>		

高齢者の医療の確保に関する法律 第99条第2項の被扶養者であった被保険者に該当する旨の証明書 による障害認定証明書 による特定疾病認定証明書										
被 保 険 者	住 所									
	氏 名									
	生 年 月 日									
認 定 （ 該 当 ） の 状 況	被 扶 養 者	被用者保険の被扶養者でなくなった日								
		被扶養者であった際の保険者の名称								
	障 害	認定年月日								
		障害の程度								
		認定の基礎となった書類								
	特 定 疾 病	認定年月日								
		疾病の名称								
		認定の基礎となった書類								
	上記のとおり、高齢者の医療の確保に関する法律 第99条第2項の被扶養者であった被保険者に該当する 第50条第2号の障害認定を行った 施行令第14条第6項の特定疾病認定を行った ことを証明する。									
年 月 日		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
福井県後期高齢者医療広域連合長 印										

後期高齢者医療負担区分等証明書交付申請書

年 月 日、 都・道・府・県 市・区・町・村に転出するので、本人及び同一世帯に転出する以下の者に係る高齢者の医療の確保に関する法律による負担区分等証明書の交付を申請します。

氏 名 _____

氏 名 _____

氏 名 _____

氏 名 _____

氏 名 _____

年 月 日

申請者 旧住所 _____

新住所 _____

氏 名 _____

福井県後期高齢者医療広域連合長

様

後期高齢者医療負担区分等証明書								
1	氏名							
	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							
	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							
	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							
	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							
	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。 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 福井県後期高齢者医療広域連合長 印 </div>								

第7編 業務（福井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）
様式第13号（第11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					
電話番号					
被保険者番号					
個人番号					
フリガナ					
氏名					
生年月日					
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	_____円
	給与 (パート収入等含)	_____円	_____円	_____円	_____円
	年金・給与以外の収入 ()収入	_____円	_____円	_____円	_____円
	合計	_____円	_____円	_____円	_____円
<p>(注)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市区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____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。 ・収入額は全てご記入ください。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。 <p>ただし、1月1日において当市（区町村）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。</p>					
<p>福井県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p>					

第 号
年 月 日

様

福井県後期高齢者医療広域連合長 印

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	
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月以内に、福井県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、審査請求があった日から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、福井県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、福井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。

問合せ先

〒

住 所

電話番号

後期高齢者医療一部負担金減免及び徴収猶予申請書

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	
	住所	
傷病名		
発病又は負傷年月日		
減免等種類		
申請の理由		

福井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一部負担金の を申請します。

年 月 日

申請者 氏名

第 号									
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 80%;"> 後期高齢者医療一部負担金減額証明書 </div>									
被 保 険 者 番 号									
被 保 険 者	住 所								
	氏 名								
	生 年 月 日								
減 額									
有 効 期 間	自 至								
<p style="text-align: center;">上記のとおり、後期高齢者医療一部負担金の減額を行っている者であることを証明する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> <p style="text-align: center;">福井県後期高齢者医療広域連合長 印</p>									

第 号								
<div style="border: 1px solid black; width: 40%; margin: 0 auto; padding: 5px;">後期高齢者医療一部負担金免除証明書</div>								
被 保 険 者 番 号								
被 保 険 者	住 所							
	氏 名							
	生 年 月 日							
有 効 期 間	自 至							
<p>上記のとおり、後期高齢者医療一部負担金の免除を行っている者であることを証明する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <div style="text-align: center; margin-left: 300px;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 2px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> <p style="text-align: center;">福井県後期高齢者医療広域連合長 印</p>								

第 号								
<div style="border: 1px solid black; width: 40%; margin: 0 auto; padding: 5px;">後期高齢者医療一部負担金徴収猶予証明書</div>								
被 保 険 者 番 号								
被 保 険 者	住 所							
	氏 名							
	生 年 月 日							
有 効 期 間	自 至							
<p>上記のとおり、後期高齢者医療一部負担金の徴収猶予を行っている者であることを証明する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <div style="text-align: center; margin-left: 200px;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; border: 2px solid black;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> <p style="text-align: center;">福井県後期高齢者医療広域連合長 印</p>								

第 号
年 月 日

様

福井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減免及び徴収猶予申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第33条第2項に基づく一部負担金減免及び徴収猶予申請については、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	
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月以内に、福井県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、審査請求があった日から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、福井県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、福井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。

問合せ先

〒

住 所

電話番号

第7編 業務（福井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）

様式第20号（第13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	被保険者氏名
公費負担者番号			生年月日
公費受給者番号			明・大・昭 年 月 日

減額認定証の内容を記載してください。			
交付区分		適用年月日	年 月 日
交付年月日	年 月 日	長期該当年月日	年 月 日

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	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 回
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 ×（ ）回 =（ ）円	合 計
	ロ（ - ）円 ×（ ）回 =（ ）円	
	ハ（ - ）円 ×（ ）回 =（ ）円	
	ニ（ - ）円 ×（ ）回 =（ ）円	
	ホ 却下（理由： ）円	

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 協同組合 信用組合 ()	本店・支店 ()			預金種別	普通 当座
口座番号等 左が記載して下さい					市町担当者 通帳確認	
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入してください。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。

上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療の食事負担額差額の支給を申請します。
 なお、本申請書に基づく食事負担額差額の受領を上記振込先の名義人に委任します。
 （※申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、 にレ点を付けてください。）

年 月 日
 福井県後期高齢者医療広域連合長 様 丁
 申請者 住所 _____
 氏名 _____
 被保険者との続柄 _____
 連絡先 _____

※日中連絡が取れる電話番号を記入願います。

様式第21号（第14条関係）

第三者行為による被害届

被 保 険 者	被 害 者	保険者番号		区分	国保・後期高齢者		
		被保険者の記号・番号 (国保該当)		被保険者番号 (後期高齢者該当)			
		氏名			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
	負傷の日時 及び場所	日時	年 月 日		時 分 項		
		場所					
	発病の原因又は 負傷時の状況						
	傷 病 の 度			治癒までの 見込み	入院 日 通院 日	診療費総額 円	
		保険診療	年 月 日から している。 していない。				
	診療を受けた医療機関名		当初			転医後	
	人身傷害補償保険（特約）の加入		有 ・ 無	保険会社名		担当者名	
相 手 方	住 所			氏 名	明・大・昭・平 年 月 日		
	職業						
	保有者の住所			氏 名	電話		
	自 賠 責	会社（農協）名				電 話	
		証明書番号				担当者氏名	
		契約者住所				契約者氏名	
		所有者住所				所有者氏名	
任 意	会社（農協）名				電 話		
	証券番号				担当者氏名		
損害賠償請求・支払に関する取扱い 対応		1. 自賠責保険対応 2. 任意一括する 3. その他					
示 談	済 ・ 未 ・ 交渉中						
<p>国民健康保険法施行規則第32条の6【高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条】の規定により、上記のとおりお届けします。</p> <p>年 月 日</p> <p>長 様</p> <p>福井県後期高齢医療広域連合長</p> <p>世 帯 主 住 所 又は 氏 名 後期高齢者 電 話</p>							

注 発病の原因又は負傷時の状況は、できるだけ詳細に記入してください。

様式第22号（第15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		療 養 を 受 け た	被保険者 氏 名 <small>(又は個人番号)</small>			
被保険者番号			生年月日	年	月	日
公費負担者番号			入外区分		給付割合	割
公費受給者番号			診療年月	年 月 日 から		
診療年月	年 月		療養期間	年 月 日 から		
診療日数	日			年 月 日 まで		

種 類						
傷 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	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			

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 協同組合 信用組合 ()	本店・支店 ()			預 金 種 別	普 通 当 座
口座番号等 <small>左記載してください</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づめで記入してください。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。

第7編 業務（福井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）

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。
なお、本申請書に基づく療養費の受領を上記振込先の名義人に委任します。
 （※申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、にレ点を付けてください。）

年 月 日
 福井県後期高齢者医療広域連合長 様 千
 申請者 住所 _____
 氏名 _____
 被保険者との続柄 _____
 連絡先 _____

※日中連絡が取れる電話番号を記入願います。

様式第23号（第16条関係）

後 期 高 齢 者 医 療
 特 別 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	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			入外区分	給付割合	割
診療年月	年 月	療養期間	年 月 日 から		
診療日数	日		年 月 日 まで		

種 類	
傷 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			

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 協同組合 信用組合 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座
口座番号等 左記載してください				
口座名義人				

第7編 業務（福井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）

(カタカナ)	
--------	--

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。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。

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。

なお、本申請書に基づく特別療養費の受領を上記振込先の名義人に委任します。
 （※申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、にレ点を付けてください。）

年 月 日 〳

福井県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

被保険者との続柄 _____

連絡先 _____

※日中連絡が取れる電話番号を記入願います。

第7編 業務（福井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）

様式第24号（第17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		
被保険者番号		療養を受けた	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			入外区分	給付割合 割
診療年月	年 月	療養期間	年 月 日 から	
診療日数	日		年 月 日 まで	

傷病名及びその原因		
発病又は負傷の年月日		
診療を受けた医療機関名又は は施術師		
移送経路、移送方法及び移 送年月日		
付き添いがあつ たとき	付添人の氏名	
	住所又は居所	
第三者の行為に よるものであつ たとき	第三者の氏名	
	住所又は居所	

移送に要した費用額	
-----------	--

審査認定額	
一部負担金	
支給金額	

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 協同組合 信用組合 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座
口座番号等 左記載してください				
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入してください。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。

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。
 なお、本申請書に基づく移送費の受領を上記振込先の名義人に委任します。
 (※申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、 にレ点を付けてください。)

年 月 日
 福井県後期高齢者医療広域連合長 様 印
 申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 被保険者との続柄 _____
 連絡先 _____

※日中連絡が取れる電話番号を記入願います。

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		個人番号	
被保険者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		
疾病の名称			

福井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

第 号
年 月 日

様

福井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62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	
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月以内に、福井県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、審査請求があった日から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、福井県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、福井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。

問合せ先

〒

住 所

電話番号

様式第27号（第19条関係）

後期高齢者医療長期入院日数届書

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		
	住 所		

直近12か月の入院日数が90日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食費に係る負担額がさらに減額されます。

入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。

入院日数合計（ 日間）			
①	届出日の前12か月の入院日数	～ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
②	届出日の前12か月の入院日数	～ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
③	届出日の前12か月の入院日数	～ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
④	届出日の前12か月の入院日数	～ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
⑤	届出日の前12か月の入院日数	～ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
福井県後期高齢者医療広域連合長 様			
<p>上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届出書を提出します。 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。</p>			
年 月 日			

第 号
年 月 日

様

福井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該当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項及び後期高齢者医療の食事療養費標準負担額及び生活療養費標準負担額（平成19年厚生労働省告示第395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	
却 下 理 由	

不服申し立て及び取消訴訟

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3月以内に、福井県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、審査請求があった日から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、福井県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、福井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。

問合せ先

〒

住 所

電話番号

年 月 日

保険者	

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
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。網掛けの中には記載不要です。

振込先	銀行 信用金庫 協同組合 信用組合 ()	本店・支店 ()				預金種別	普通 当座
口座番号等 左が記載して下さい						市町担当者 通帳確認印	
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入してください。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。

1（被保険者以外の口座へ振り込む場合、署名してください。）
私は上記の口座への振込みを承諾します。
被保険者 氏名 _____

2（被保険者以外の方が申請手続きをする場合、署名してください。）
私は下記の者に高額療養費の支給申請手続きを委任します。
被保険者 氏名 _____

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。また、本件申請により支給を受けた高額療養費に、後日、調整すべき差額が生じた場合、その場合以降に支給される高額療養費と調整されることに同意します。

年 月 日

福井県後期高齢者医療広域連合長 様 印

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
被保険者との続柄 _____
連絡先 _____

※日中連絡が取れる電話番号を記入願います。

第7編 業務（福井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）
 様式第30号の2（第22条の2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	支給申請書整理番号			
フリガナ	氏名		生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	個人番号 (マイナンバー)	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		1.世帯主 2.世帯主 3.世帯員		保険者名称	加入期間 年 月 日から 年 月 日まで			
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 年 月 日から 年 月 日まで							
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 支 店 出 預 所	店 支 店 出 預 所	店 支 店 出 預 所	項目	口座番号	フリガナ	振込先口座 管理番号	
口座振込							1.普通預金 2.当座預金		口座名義人		
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		年	月	日から	日まで					
	2		年	月	日から	日まで					
	3		年	月	日から	日まで					
	4		年	月	日から	日まで					
5		年	月	日から	日まで						
福井県後期高齢者医療広域連合長 殿			年 月 日	郵便番号	住所	<input type="checkbox"/> 本申請に基づく給付金に関する受領を上記振込先の名義人に委任します。 <input type="checkbox"/> 私は、左記の者に高額療養費（外来年間合算）の支給等申請手続等を委任します。 被保険者 氏名					
上記対象者について、高額療養費（外来合算）の支給および自己負担額証明書の交付を申請します。			申請（代表）者 氏名	被保険者 との続柄							
			電話番号								

第7編 業務（福井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）

様式第31号（第23条関係）

様式第31号（第23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	支給申請書整理番号			
フリガナ	氏名				生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	性別	男・女	個人番号 (マイナンバー)	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.擬制世帯主 3.世帯員				年 月 日から 年 月 日まで	
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			
								年 月 日から 年 月 日まで			
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			
								年 月 日から 年 月 日まで			
支給方法	口座管理番号	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 協同組合	金融機関コード	本店 支店 出張所	店額コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座 管理番号	
口座振込			()				1.普通預金 2.当座預金		口座名義人		
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				年 月 日から 年 月 日まで							
2				年 月 日から 年 月 日まで							
3				年 月 日から 年 月 日まで							
_____ 介護保険 殿 福井県後期高齢者医療広域連合長 殿 上記対象者について、高額介護合算療養費等の支給 および自己負担額証明書の交付を申請します。										年 月 日 郵便番号 _____ 住所 _____ 申請(代表)者 氏名 _____ 被保険者 との続柄 _____ 電話番号 _____	
										<input type="checkbox"/> 本申請に基づく給付金に関する受領を上記振込先の名義人に委任します。 <input type="checkbox"/> 私は、左記の者に高額介護合算療養費等の支給等申請手続等を委任します。 被保険者 氏 名 _____	

枚中 枚目

様式第32号（第24条関係）

後 期 高 齢 者 医 療
葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者番号									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

支給金額									—
------	--	--	--	--	--	--	--	--	---

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		年 月 日
死亡年月日		年 月 日
死亡の原因		1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）
(喪祭執行者主)	葬祭日	年 月 日
	住所	
	氏名	
	連絡先	

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 協同組合 信用組合 ()	本店・支店 ()		預金種別	普通 当座

口座番号等 <small>左記載してください</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づめで記入してください。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。

上記のとおり申請します。

なお、本申請書に基づく葬祭費の受領を上記振込先の名義人に委任します。
(※申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、にレ点を付けてください。)

年 月 日
福井県後期高齢者医療広域連合長 様 丁
申請者（葬祭執行者（喪主））住 所 _____
氏 名 _____
死亡者との続柄 _____
連絡先 _____ — —

※日中連絡が取れる電話番号を記入願います。

様式第33号（第25条関係）

第 号
年 月 日

様

福井県後期高齢者医療広域連合長 印
整理番号

後期高齢者医療給付支給決定通知書

の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

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 年 月 日

※口座に入金されるのは、支給期日から5日前後になる場合があります。

6. 支払方法

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月以内に、福井県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、福井県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、福井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。

問合せ先
〒
住 所
電話番号

様式第34号（第25条関係）

第 号
年 月 日

様

福井県後期高齢者医療広域連合長 印
整理番号

後期高齢者医療給付支給申請却下通知書

の支給については、下記のとおり却下しましたので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 支給却下理由

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月以内に、福井県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、審査請求があった日から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、福井県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、福井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。

問合せ先
〒
住 所
電話番号

様式第35号（第25条関係）

第 号
年 月 日

様

福井県後期高齢者医療広域連合長 印
整理番号

後期高齢者医療給付特別療養費支給額通知書

年 月 日付で申請のあった後期高齢者医療給付特別療養費の支給について、
下記のとおり決定しましたので通知します。

記

- 1 被保険者番号
- 2 被保険者氏名
- 3 支給決定金額

※ 口座への振込みは、申請いただいてから2か月ほどかかります。

様式第36号（第26条関係）

第 号
年 月 日

様

福井県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療給付の一時差止通知書

後期高齢者医療の給付につきまして、あなたが納付すべき後期高齢者医療保険料が納付されておりませんので、下記のとおり支払いを一時差し止めます。

差止事由に係る保険料を完納した場合は、一時差し止めしている後期高齢者医療給付をお支払いしますので、後期高齢者医療保険料を直ちに納付してくださるようお願いいたします。

記

1. 後期高齢者医療給付に係る給付

- 1) 被保険者番号
- 2) 被保険者氏名
- 3) 給付の種類
- 4) 給付の支給決定額 円
- 5) 上記のうち支払いの一時差止をする額 円

2. 一時差止をする理由

- 1) 根拠法令
高齢者の医療の確保に関する法律第92条第1項又は、
高齢者の医療の確保に関する法律第92条第2項

- 2) 一時差止の原因となる事実
滞納保険料の総額 円
納期限 年 月 日

3. 後期高齢者医療保険料を納付することができないことについて、高齢者の医療の確保に関する法律において準用される特別の事情がある場合又は特別の事情を有することとなった場合は、直ちに、「特別の事情（発生）届書」を提出してください。

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月以内に、福井県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、審査請求があった日から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、福井県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、福井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。

問合せ先
〒
住 所
電話番号

様式第37号（第27条関係）

第 号
年 月 日

様

福井県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療給付の一時差止解除通知書

高齢者の医療の確保に関する法律第92条の規定により、後期高齢者医療給付の一時差止を解除しますので通知します。

記

1 後期高齢者医療給付に係る給付

- 1) 被保険者番号
- 2) 被保険者氏名
- 3) 給付の種類
- 4) 給付の支給決定額 円
- 5) 上記のうち支払の
一時差止をしていた額 円
- 6) 今回支払額 円

様式第38号（第28条関係）

第 号
年 月 日

様

福井県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療保険料控除通知書

あなたの後期高齢者医療の保険給付につきまして、一時差止を行い、その後も納付をお願いしていたところですが、未だに後期高齢者医療保険料が納付されていません。

高齢者の医療に関する法律では滞納の方に対し、一時差止の対象となっている後期高齢者医療給付費から滞納保険料を控除する措置が第92条第3項において定められています。したがって同項に基づき、下記のとおり、あなたの一時差止となっている保険給付から保険料を控除することに決定しましたので通知します。

記

被保険者番号		被保険者氏名						
一時差止の給付の内容(A)					控除保険料(B)			
診療年月	入外	種類	給付額(A)	相当年度	賦課年度	期別	保険料額(B)	納期限
給付額合計				控除保険料合計				

滞納保険料控除後の保険給付費支給額(A-B) 円

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月以内に、福井県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、審査請求があった日から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、福井県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、福井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。

問合せ先
〒
住 所
電話番号

様式第39号（第29条関係）

第 年 月 日 号

様

福井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

※ 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

①賦課のもととなる所得金額		②所得割率		③所得割額 ①×②		④均等割額		⑤算出額 ③+④	
⑥軽減額	⑦限度超過額		⑧年保険料額 ⑤-⑥-⑦		月数	⑨月割減額		⑭保険料額 ⑧+⑫-⑨-⑬	

被用者保険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）

⑩均等割額	⑪軽減額	⑫年保険料額 ⑩-⑪	月数	⑬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福井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。

$$\left. \begin{array}{l} \text{所得割額} = \text{賦課のもととなる所得金額} (\times 1) \times \text{所得割率} (\div 100) \\ \text{均等割額} = \end{array} \right\} \begin{array}{l} \text{確定年保険料} \\ \text{〔万円を限度とする〕} \end{array}$$
 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 賦課のもととなる所得金額 = 年中の所得 - 43万円

※ 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。

世帯の総所得金額が43万円+10万円×（給与所得者等の数-1）以下

均等割額・・・円

世帯の総所得金額が43万円+《万円×世帯に属する被保険者数+10万円×（給与所得者等の数-1）》以下

均等割額・・・円

世帯の総所得金額が43万円+《万円×世帯に属する被保険者数+10万円×（給与所得者等の数-1）》以下

均等割額・・・円

※ 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月以内に、福井県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、審査請求があった日から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、福井県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、福井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。

問合せ先
〒
住所
電話番号

様式第40号（第29条関係）

第 年 月 日 号

様

福井県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療仮徴収額決定通知書

※ 年度分の後期高齢者医療保険料仮徴収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	仮徴収額を決定しました				
				仮徴収額	円				

保険料算定の基礎

①賦課のもととなる所得金額		②所得割率		③所得割額 ①×②		④均等割額		⑤算出額 ③+④	
⑥軽減額	⑦限度超過額			⑧年保険料額 ⑤-⑥-⑦	保険料額				仮徴収額
					×-				

※ 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福井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の規定によって、年4月1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。

所得割額=賦課のもととなる所得金額(※1)×所得割率(/100) } 確定年保険料
均等割額= 円 } [万円を限度とする]

※ 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。
世帯の総所得金額が43万円+10万円×(給与所得者等の数-1)以下
均等割額・・・ 円

世帯の総所得金額が43万円+《 万円×世帯に属する被保険者数+10万円×(給与所得者等の数-1)》以下
均等割額・・・ 円

世帯の総所得金額が43万円+《 万円×世帯に属する被保険者数+10万円×(給与所得者等の数-1)》以下
均等割額・・・ 円

※ 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月以内に、福井県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、審査請求があった日から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、福井県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、福井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。

問合せ先

〒

住所

電話番号

様式第41号（第29条関係）

第 年 月 日

様

福井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

	①賦課のもととなる所得金額	②所得割率	③所得割額 ①×②		④均等割額	⑤算出額 ③+④
変更前						
変更後						
	⑥軽減額	⑦限度超過額	⑧年保険料額 ⑤-⑥-⑦	月数	⑨月割減額	⑭保険料額 ⑧+⑫-⑨-⑬
変更前						
変更後						

被用者保険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）

	⑩均等割額	⑪軽減額	⑫年保険料額 ⑩-⑪	月数	⑬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福井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。

$$\left. \begin{aligned} \text{所得割額} &= \text{賦課のもととなる所得金額} (\times 1) \times \text{所得割率} (\div 100) \\ \text{均等割額} &= \end{aligned} \right\} \begin{array}{l} \text{確定年保険料} \\ \text{円} \end{array} \left[\begin{array}{l} \text{万円を限度とする} \end{array} \right]$$

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。

$$\times 1 \text{ 賦課のもととなる所得金額} = \text{年中の所得} - 43 \text{万円}$$

※ 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。

世帯の総所得金額が43万円+10万円×（給与所得者等の数-1）以下

均等割額・・・ 円

世帯の総所得金額が43万円+《 万円×世帯に属する被保険者数+10万円×（給与所得者等の数-1）》以下

均等割額・・・ 円

世帯の総所得金額が43万円+《 万円×世帯に属する被保険者数+10万円×（給与所得者等の数-1）》以下

均等割額・・・ 円

※ 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月以内に、福井県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、審査請求があった日から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、福井県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、福井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。

問合せ先

〒

住 所

電話番号

様式第42号（第29条関係）

第 年 月 日 号

様

福井県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療仮徴収額変更決定通知書

※ 年度分の後期高齢者医療保険料仮徴収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								
変更決定年月日	年	月	日	変更理由								
											仮徴収額（変更後）	円

仮徴収額変更算定の基礎

	① 賦課のもととなる所得金額	② 所得割率	③ 所得割額 ①×②	④ 均等割額	⑤ 算出額 ③+④
変更前					
変更後					
	⑥ 軽減額	⑦ 限度超過額	⑧ 年保険料額 ⑤-⑥-⑦	保険料額	仮徴収額
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福井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。

$$\left. \begin{aligned} \text{所得割額} &= \text{賦課のもととなる所得金額} (\times 1) \times \text{所得割率} (\div 100) \\ \text{均等割額} &= \end{aligned} \right\} \begin{aligned} &\text{確定年保険料} \\ &[\text{万円を限度とする}] \end{aligned}$$

※ 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。

世帯の総所得金額が43万円+10万円×（給与所得者等の数-1）以下
均等割額・・・ 円

世帯の総所得金額が43万円+《 万円×世帯に属する被保険者数+10万円×（給与所得者等の数-1）》以下
均等割額・・・ 円

世帯の総所得金額が43万円+《 万円×世帯に属する被保険者数+10万円×（給与所得者等の数-1）》以下
均等割額・・・ 円

※ 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月以内に、福井県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、審査請求があった日から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、福井県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、福井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。

問合せ先
〒
住 所
電話番号

様式第43号（第29条関係）

第 年 月 日

様

福井県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療仮徴収額決定通知書

※平成20年度分の後期高齢者医療保険料仮徴収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	仮徴収額を決定しました				
				仮徴収額	円				

保険料算定の基礎

①賦課のもととなる所得金額	②所得割率	③所得割額 ①×②		④均等割額	⑤算出額 ③+④
⑥軽減額	⑦限度超過額	⑧年保険料額 ⑤-⑥-⑦	保険料額	×-	仮徴収額

※ 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福井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の規定によって、 年 4月 1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。

所得割額=賦課のもととなる所得金額(※1)×所得割率(/100) } 確定年保険料
均等割額= 円 } [万円を限度とする]

※1 賦課のもととなる所得金額= 年中の所得-43万円

※ 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。
世帯の総所得金額が43万円+10万円×(給与所得者等の数-1)以下

均等割額・・・ 円

世帯の総所得金額が43万円+《 万円×世帯に属する被保険者数+10万円×(給与所得者等の数-1)》以下

均等割額・・・ 円

世帯の総所得金額が43万円+《 万円×世帯に属する被保険者数+10万円×(給与所得者等の数-1)》以下

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等、特別徴収の対象とされた方には、本通知が送られ、原則として9月以前に保険料が徴収されることとなります。この場合には、被用者保険の被扶養者であった方と確認次第、徴収した保険料のうち特別措置による平成20年度賦課額を超過した分を還付します。

※ 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月以内に、福井県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、審査請求があった日から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、福井県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、福井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。

問合せ先
〒 住 所
電話番号

様式第44号（第30条様式）

後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書

福井県後期高齢者医療広域連合長

様

申請者住所

申請者氏名

被保険者との関係

福井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第18条の規定により、次のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療保険料の徴収猶予を申請します。

記

1 被保険者等

氏名カナ			
氏名			
住所			
被保険者番号		電話番号	
世帯主氏名			
世帯主住所			

2 保険料の額等

納期	保険料額	徴収猶予期間	備考
合計			

3 申請理由

様式第45号（第30条関係）

第 号
年 月 日

様

福井県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療保険料徴収猶予決定通知書

さきに申請がありました 年度分保険料の徴収猶予については、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	
-------------	--	-------------	--

徴収猶予決定年月日	年 月 日
決 定 理 由	

納 期	保 険 料 額	徴 収 猶 予 期 間	備 考
合 計			

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月以内に、福井県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、裁決を経なくても提起できます。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、福井県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、福井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。

問合せ先
〒
住 所
電話番号

様式第46号（第30条関係）

第 号
年 月 日

様

福井県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療保険料徴収猶予却下通知書

さきに申請がありました 年度分保険料の徴収猶予については、次のとおり却下しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
--------	--	--------	--

徴収猶予却下年月日	年 月 日
却下理由	

納 期	保険料額	徴収猶予期間	備 考
合 計			

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月以内に、福井県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、裁決を経なくても提起できます。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、福井県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、福井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。

問合せ先
〒
住 所
電話番号

様式第47号（第31条関係）

年 月 日

後期高齢者医療保険料減免申請書

福井県後期高齢者医療広域連合長

様

申請者住所

申請者氏名

被保険者との関係

福井県広域高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例第19条及び福井県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療保険料減免規則の規定により、次のとおり後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

記

1 被保険者等

氏名カナ			
氏名			
住所			
被保険者番号		電話番号	
世帯主氏名			
世帯主住所			

2 保険料の額等

納期	保険料額	納期	保険料額
		合計保険料	

3 申請理由

様式第48号（第31条関係）

第 号
年 月 日

様

福井県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療保険料減免決定通知書

年 月 日付けで申請のあった後期高齢者医療保険料減免申請につき
ましては、次のとおり決定としたので通知します。

氏 名		年 度 区 分	年 度
		被 保 険 者 番 号	
決 定 年 月 日	年 月 日	決 定 減 免 額	円
減 免 前 保 険 料 額	円	減 免 後 保 険 料 額	円
減 免 理 由			

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月以内に、福井県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、福井県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、福井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。

問合せ先

〒

住 所

電話番号

様式第49号（第31条関係）

第 号
年 月 日

様

福井県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療保険料減免却下通知書

年 月 日付けで申請のあった後期高齢者医療保険料減免申請につきまして、次のとおり却下としたので通知します。

氏 名		年 度 区 分	年 度
		被 保 険 者 番 号	
決 定 年 月 日	年 月 日	決 定 減 免 額	円
減免前保険料額	円	減免後保険料額	円
減免却下理由			

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月以内に、福井県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、福井県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、福井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。

問合せ先

〒

住 所

電話番号

年 月 日

年度分 後期高齢者医療簡易申告書

福井県後期高齢者医療広域連合長 様 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 1 2 月 3 1 日までの1年間の収入

氏名	(生年月日) 年 月 日	職 業	
		電 話	
現住所	(世帯主の氏名及び続柄)		

①所得金額等

所得の種類	㊶収入金額	㊷必要経費 (専従者給与額・ 控除額を含む)	㊸所得金額(㊶-㊷)	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			
専従者給与	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㊹欄に必要事項を記入してください
そ の 他	円	円	円	
	円	円	円	

②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 2 その他の資産			交換買換・収用・ 居住用財産 その他 ()

(回答、問合せ先)

〒
住 所
電話番号

様式第51号（附則第2項関係）

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用①）

被 保 険 者 情 報	被保険者番号										
	(フリガナ) 氏名						生年月日	大正 昭和	年	月	日
	住所										
振 込 先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()					本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他() <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>				
	預金別	普通・当座 その他()			口座番号						
	口座名義(カタカナ)										
		<small>※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。</small>									
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 電話番号</p> <p>申請者氏名 ㊟ 福井県後期高齢者医療広域連合長様</p>											

【受取代理人の欄】（被保険者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。）

被 保 険 者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日
	氏名 ㊟ 住所
代 理 人 <small>(口座名義人)</small>	〒 — 被保険者との関係
	(フリガナ) 氏名 ㊟

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	円

様式第51号の2(附則第2項関係)

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用②)

被保険者氏名											
症状が出た日	令和 年 月 日	帰国者・接触者相談センター への相談日 ※相談した場合に記入	令和 年 月 日 (時頃)								
①医療機関の受診状況		1. 受診した 2. 受診していない									
①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に)											
④療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数 〔新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり 感染が疑われる場合を含む)によらない休暇や 勤務予定がなかった日は除く。〕	日								
⑥	上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払いを受けましたか。 または、今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ									
⑦	⑥で「はい」と回答した場合、その給 与等の額と、その報酬支払の対象と なった(なる)期間をご記入ください。	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主 記入欄	令和 年 月 日
	上記④～⑦の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名 ⑧
担当者氏名	電話番号

様式第51号の3（附則第2項関係）

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（事業主記入用）

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名																	
①新型コロナウイルス感染症（発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む）により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。												左記の事由による 無給休暇の日数					
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
②新型コロナウイルス感染症（発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む）により、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇（賃金が生じる）は＝】、【その他の休暇（賃金が生じない）は／】でそれぞれ表示してください。												賃金が生じた日数の計 （○、△、＝ の計）					
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
②の期間に対して、賃金を支払いましたか？	1. はい	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日		日									
	2. いいえ		<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給		支払日		日									
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当（賞与）は除く。																	
事業主が証明するところ 支給した賃金内訳	期間	単価(円)	月 日 ~			月 日 ~			月 日 ~								
	区分		月 日 分			月 日 分			月 日 分								
			(A) 支給額(円)			(B) 支給額(円)			(C) 支給額(円)								
	基本給																
	時給																
	手当																
	手当																
	手当																
現物給与																	
計																	
賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)											円						
賃金計算方法（欠控除計算方法等）についてご記入ください。																	
令和 年 月 日																	
上記のとおり相違ないことを証明します。																	
事業所所在地																	
事業所名称																	
事業主氏名 Ⓔ																	
担当者氏名				電話番号													

様式第51号の4(附則第2項関係)

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名																																				
	傷病名		初診日	令和	年	月	日																														
	発病年月日	令和	年	月	日	発病の原因																															
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から																																
		令和	年	月	日まで																																
	うち、入院期間	令和	年	月	日から	療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 公費()																													
		令和	年	月	日まで	転帰	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医																									
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診療 実日数	日
		令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診療 実日数	日
		令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診療 実日数	日
	上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																																				
																									手術年月日	令和	年	月	日								
																									退院年月日	令和	年	月	日								
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																					
上記のとおり相違ありません。																																					
医療機関の所在地																																					
医療機関の名称																																					
医師の氏名																																					
☎ 電話番号																																					

第 号
年 月 日

様

福井県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療傷病手当金支給決定通知書

傷病手当金の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 療養期間
4. 支給日数
5. 支給額
6. 支払予定日 年 月 日
7. 支払方法

審査請求及び取消訴訟

この処分が不服があるときは、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、福井県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、審査請求があった日から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、福井県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、福井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。

問合せ先
〒
住 所
電話番号

第 号
年 月 日

様

福井県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療傷病手当金支給申請却下通知書

傷病手当金の支給については、下記のとおり却下しましたので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 支給却下理由

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、福井県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、審査請求があった日から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、福井県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、福井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。

問合せ先
〒
住 所
電話番号