

兵庫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3月29日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 蓬 萊 務

兵庫県後期高齢者医療広域連合規則第2号

兵庫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

兵庫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年兵庫県後期高齢者医療広域連合規則第1号）の一部を次のように改正する。

様式第21号、様式第32号及び様式第34号を次のように改める。

後期高齢者医療療養費支給申請書

様式第21号

|  |                      |     |               |      |    |     |              |    |    |    |                              |                           |       |       |      |     |  |  |  |  |  |
|--|----------------------|-----|---------------|------|----|-----|--------------|----|----|----|------------------------------|---------------------------|-------|-------|------|-----|--|--|--|--|--|
| 個人番号   |                      |     |               |      |    |     |              |    |    |    | 原簿番号                         | 3                         | 受付年月日 | 年 月 日 | 整理番号 |     |  |  |  |  |  |
| 被保険者番号   |                      |     |               |      |    |     |              |    |    |    | 医療種別                         | 5                         | 割合    | 7割    | 9割   |     |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名<br>(患者名)  | 男1<br>・<br>女2        |     |               |      |    |     |              |    |    |    | 公費負担者番号                      |                           |       |       |      |     |  |  |  |  |  |
| 生年月日   | 年 月 日                |     |               |      |    |     |              |    |    |    | 受給者番号                        |                           |       |       |      |     |  |  |  |  |  |
| 住民コード  |                      |     |               |      |    |     |              |    |    |    | 後期高齢者医療資格取得日                 | 年 月 日                     |       |       |      |     |  |  |  |  |  |
| 病院、診療所、薬局<br>その他の者の名称及び所在地   |                      |     |               |      |    |     |              |    |    |    | 発病又は負傷の原因                    | 1. 病気<br>2. けが(原因: )      |       |       |      |     |  |  |  |  |  |
| 従事した医師、歯科医師<br>または薬剤師の氏名   |                      |     |               |      |    |     |              |    |    |    | 支給申請をした理由                    |                           |       |       |      |     |  |  |  |  |  |
| 種 類  |                      |     |               |      |    |     |              |    |    |    | 表 別                          |                           |       | 入 院   |      | 外 来 |  |  |  |  |  |
| 1  | 2                    | 3   | 4             | 5    | 7  | 8   | 9            | 1  | 3  | 4  | 7                            | 9                         | 8     | 0     |      |     |  |  |  |  |  |
| 一般診療<br>国内/海外  | 治療用<br>器具            | 柔 整 | ア・マ・<br>マッサージ | ハリ・灸 | 移送 | その他 | 標準負担<br>差額支給 | 内科 | 歯科 | 調剤 | 9割                           | 7割                        | 9割    | 7割    |      |     |  |  |  |  |  |
| 傷病名  | 別紙のとおり               |     |               |      |    |     |              |    |    |    | 療養等に<br>要した期間                | 年 月 日から<br>年 月 日まで 日間 (食) |       |       |      |     |  |  |  |  |  |
| 負傷年月日  | 年 月 日                |     |               |      |    |     |              |    |    |    | 療養等に要した費用                    | 審査決定金額                    |       |       |      |     |  |  |  |  |  |
| ハリ・灸・ア・マ<br>マッサージ  | 初検日<br>年 月 日 第 回     |     |               |      |    |     |              |    |    |    |                              |                           |       |       |      |     |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。<br>なお、支払いは、下記の名義人の預金口座へ振り替えてください。 |                      |     |               |      |    |     |              |    |    |    | 機関コード番号                      |                           |       |       |      |     |  |  |  |  |  |
| 申請者  | 〒 -                  |     |               |      |    |     |              |    |    |    | 年 月 日                        |                           |       |       |      |     |  |  |  |  |  |
| 住所   |                      |     |               |      |    |     |              |    |    |    |                              |                           |       |       |      |     |  |  |  |  |  |
| 氏名   | ◎                    |     |               |      |    |     |              |    |    |    | 電話 ( )                       | -                         |       |       |      |     |  |  |  |  |  |
| 被保険者<br>との続柄   |                      |     |               |      |    |     |              |    |    |    |                              |                           |       |       |      |     |  |  |  |  |  |
| 受取<br>方法   | 2 口座振込               |     |               |      |    |     |              |    |    |    | 保険者番号                        | 3928                      |       |       |      |     |  |  |  |  |  |
| 預金<br>種別   | 1 普通<br>2 当座<br>4 貯蓄 |     |               |      |    |     |              |    |    |    | 銀行<br>信用金庫・組合<br>協同組合<br>( ) | 本店<br>支店<br>出張所<br>( )    |       |       |      |     |  |  |  |  |  |
| 口座番号   |                      |     |               |      |    |     |              |    |    |    |                              |                           |       |       |      |     |  |  |  |  |  |
| 口座<br>名義人<br>(カナ)  |                      |     |               |      |    |     |              |    |    |    | 受領委任                         | 1有 2無                     |       |       |      |     |  |  |  |  |  |
| *口座名義欄は、上段からカタカナで記入願います。<br>*濁点(・)は、一文字として記入願います。(最大40文字)            |                      |     |               |      |    |     |              |    |    |    | 海 外 療 養 費                    |                           |       |       |      |     |  |  |  |  |  |
| 下記のとおり決定します。   |                      |     |               |      |    |     |              |    |    |    | 平成 年 月 日                     | 渡航先国名                     | ( )   |       |      |     |  |  |  |  |  |
| 総療養費   |                      |     |               |      |    |     |              |    |    |    | 一部負担金                        | 支給決定金額                    |       |       |      |     |  |  |  |  |  |
|  |                      |     |               |      |    |     |              |    |    |    | 通貨単位                         | ( )                       |       |       |      |     |  |  |  |  |  |

年 月 日

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

|  |                                      |   |       |    |      |
|--|--------------------------------------|---|-------|----|------|
| 受付年月日  |                                      |   | 個人番号  |    |      |
| 被保険者番号   |                                      |   | 氏名    |    |      |
| 生年月日   | 年                                    | 月 | 日     | 性別 | 電話番号 |
| 他の制度による自己負担相当額またはその一部の支給の有無<br>支給を受けている (制度名: ) (費用徴収の 有・無)<br>支給を受けていない |                                      |   |       |    |      |
| 発病又は負傷の理由  | 1. 病気 2. 交通事故 (相手あり・相手なし) 3. その他 ( ) |   |       |    |      |
| 振込先銀行口座  | 金融機関コード                              |   | 支店コード |    | 預金種別 |
|  |                                      |   |       |    | 1 普通 |
|  |                                      |   |       |    | 2 当座 |
|  |                                      |   |       |    | 4 貯蓄 |
|  |                                      |   |       |    |      |
| 金融機関 (ゆうちょ銀行以外)<br>口座番号 (7桁)   |                                      |   |       |    |      |
| ゆうちょ銀行<br>記号番号 (13桁)   |                                      |   |       |    |      |
| 口座名義人 (対)  |                                      |   |       |    |      |
| 兵庫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   |                                      |   |       |    |      |
| 電話 ( ) - 被保険者との続柄  |                                      |   |       |    |      |

## 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 |                                 |                                 |
| 死亡年月日    |                                 |                                 |
| 死亡の場所    |                                 |                                 |
| 死亡の原因    | 1.病気 2.交通事故(相手あり・相手なし) 3.その他( ) |                                 |
| その他      |                                 |                                 |
| 葬祭執行者    | 葬祭日                             |                                 |
|          | 住 所                             | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
|          | 氏 名                             | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
|          | 連絡先                             | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |

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。

|                 |                              |                        |      |                      |
|-----------------|------------------------------|------------------------|------|----------------------|
| 振込先             | 銀行<br>信用金庫・組合<br>協同組合<br>( ) | 本店<br>支店<br>出張所<br>( ) | 預金種別 | 1 普通<br>2 当座<br>4 貯蓄 |
|                 | 口座番号等<br>おづめで記入してください        |                        |      |                      |
| 口座名義人<br>(カタカナ) |                              |                        |      |                      |

口座名義人はカタカナで上段よりおづめで記入してください。漢字・半漢字は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおりに申請します。

年 月 日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長様 〒

申請者 住 所

(喪主又は代理人※) 氏 名 印

死亡者との続柄

連絡先電話番号

※代理人が申請する場合は、喪主からの委任状が必要です。

附 則

この規則は、平成30年4月1日から施行する。