

目次

- 第1章 総則（第1条）
- 第2章 被保険者（第2条—第11条の2）
- 第3章 後期高齢者医療給付（第12条—第38条）
- 第4章 保険料（第39条—第46条）
- 第5章 雑則（第47条）

附則

第1章 総則

（趣旨）

第1条 兵庫県後期高齢者医療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条例（平成19年兵庫県後期高齢者医療広域連合条例第25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条及び第25条の規定による障害認定に関する申請書及び届書の様式は、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（様式第1号）のとおりとする。

2 広域連合長は、前項の規定による障害認定申請書を受理し、審査を行った結果、政令で定める程度の障害の状態にあること又はないことを確認し、被保険者証を交付し、又は後期高齢者医療障害認定申請却下通知書（様式第2号）により通知するものとする。

3 広域連合長は、第1項の規定による資格喪失届書を受理したときは、後期高齢者医療資格喪失証明書（様式第3号）を交付するものとする。

（被保険者に関する届書）

第3条 省令第10条、第11条、第22条から第24条まで及び第26条の規定による被保険者資格の取得、変更及び喪失に関する届書の様式は、後期高齢者医療資格取得（変更・喪失）届（様式第4号）のとおりとする。

（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、後期高齢者医療住所地特例（適用・変更・終了）届書（様式第5号）のとおりとする。

（被保険者証の返還通知）

第5条 省令第15条第1項の規定による被保険者証の返還を求める通知書の様式は、後期高齢者医療被保険者証の返還通知書（様式第6号）のとおりとする。

(被保険者証の再交付申請)

第6条 省令第19条第1項の規定による被保険者証の再交付申請書の様式は、後期高齢者医療被保険者証再交付申請書(様式第7号)のとおりとする。

(被保険者証等の更新等)

第7条 被保険者証及び被保険者資格証明書(以下「被保険者証等」という。)の有効期限は、当該被保険者証等を交付した日以後の最初の7月31日とする。

2 省令第20条第1項の規定による被保険者証及び省令第21条の規定による被保険者資格証明書の更新は、毎年8月1日に行うものとする。

3 前項の規定にかかわらず、省令第20条第2項に規定する被保険者証の更新は、別に定める期日に行うものとする。

4 特別の事由により前3項の規定により難しいときは、次条の規定による検認によって有効期限を延長し、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、被保険者証等の有効期限は、当該被保険者証等に記載した期限とする。

(被保険者証等の検認)

第8条 被保険者証等の検認は、広域連合長が必要と認めたとときに、その都度行うものとする。

2 検認は、被保険者証等に検認印(様式第8号)による表示をして行う。

(被保険者証等の更新又は検認の手続)

第9条 広域連合長は、被保険者証等の更新又は検認を行うときは、その期日その他必要な事項を告示するものとする。

2 やむを得ない事由により前項の告示に指定された期日までに被保険者証等の提出ができない者は、その事由を記載した文書を指定された期日までに広域連合長に提出しなければならない。

(被用者保険の被扶養者であった旨の申請)

第10条 省令第26条の規定による転出の届出に際して、法第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を受けようとする者は、後期高齢者医療負担区分等証明書・認定証明書交付申請書(様式第9号。以下「負担区分等証明書・認定証明書交付申請書」という。)を広域連合長に提出しなければならない。

2 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、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(様式第10号)を交付するものとする。

(認定証明書の申請)

第10条の2 省令第26条の規定による転出の届出に際して、省令第8条第1項の規定による障害認定又は省令第62条第1項の規定による特定疾病認定の証明書の交付を受けようとする者は、負担区分等証明書・認定証明書交付申請書を広域連合長に提出しなければならない。

2 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、高齢者の医療の確保に関する法律による障害認定証明書又は特定疾病認定証明書(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11条 省令第26条の規定による転出の届出に際して、負担区分等の証明書の交付を受けようとする者は、負担区分等証明書・認定証明書交付申請書を広域連合長に提出しなければならない。

2 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、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。

（被保険者証の交付申請）

第11条の2 法第54条第3項の規定による被保険者証の交付を求める申請書の様式は、後期高齢者医療被保険者証交付申請書（様式第12号の2）のとおりとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理したときは、速やかに承認又は不承認を決定し、被保険者証を交付し、又は後期高齢者医療被保険者証交付申請却下通知書（様式第12号の3）により当該被保険者に対し通知するものとする。

第3章 後期高齢者医療給付

（不正利得の徴収等）

第12条 広域連合長は、法第59条第1項の規定により後期高齢者医療給付の価額の全部又は一部を徴収しようとするときは、後期高齢者医療給付費請求（請求額変更）通知書（様式第13号）により当該被保険者に通知するものとする。

（基準収入額適用申請）

第13条 省令第32条の規定による基準収入額適用申請書の様式は、後期高齢者医療基準収入額適用申請書（様式第14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たときは、速やかに承認又は不承認を決定し、一部負担金の割合を変更した被保険者証を交付し、又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15号）により当該被保険者に対し通知するものとする。

（一部負担金の免除等の要件）

第14条 広域連合長は、次の各号のいずれかに該当したことにより、一時的に一部負担金を支払うことが困難と認められる場合、当該被保険者に対し一部負担金の免除等（一部負担金の免除及び徴収猶予をいう。以下同じ。）をすることができる。

- (1) 被保険者が、震災、風水害、火災その他これらに類する災害により住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けたとき。
- (2) 被保険者の属する世帯の世帯主（生計を主として維持する者）が死亡、心身に重大な障害を受けたこと、長期間入院したこと又はその他これらに類する事由があるとき。

（一部負担金の免除等の基準）

第15条 前条各号に該当する場合における一部負担金の免除等については、次に定めるところによる。

- (1) 前条第1号に該当する場合は、一部負担金の支払を免除する。
- (2) 前条第2号に該当する場合で、実収月額（生活保護法（昭和25年法律第144号）に基づく保護の要否判定に用いられる収入認定額をいう。以下同じ。）が基準生活費（生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）別表第1の第1章1(1)ア(ア)に規定する1級地-1の基準生活費の第1類及び第2類の合計額で加算額を含まない額をいう。以下同じ。）に100分の135を乗じた額以下の世帯に属する被保険者については、一部負担金の支払を免除する。

(3) 前条第2号に該当する場合で、実収月額が基準生活費に100分の135を乗じた額を超え100分の170を乗じた額以下の世帯に属する被保険者であり、かつ、将来において、一部負担金の徴収の見込みがある世帯の被保険者については、保険医療機関等に対する支払に代えて、一部負担金を直接徴収することとし、その徴収を猶予する。

(免除の期間)

第16条 免除は、申請のあった日の属する月の初日から起算して6か月を限度とし、一部負担金の支払の困難性を判断して行うものとする。終期は月末とし、原則として同一事由での再度の免除は認めない。

2 前項の規定にかかわらず、災害救助法（昭和22年法律第118号）の適用に係る災害が生じた場合における免除の期間については、広域連合長が別に定める。

(徴収猶予の期間)

第17条 徴収猶予は、原則として申請のあった日の属する月の初日から起算して3か月分の一部負担金を限度として、6か月以内の期限を限って行うものとする。終期は月末とし、同一事由での再度の徴収猶予は認めない。

(申請の手続)

第18条 一部負担金の免除等を受けようとする被保険者は、後期高齢者医療一部負担金免除及び徴収猶予申請書（様式第16号）に、一部負担金の免除等を受けようとする理由を証明する書類を添付して提出しなければならない。

2 前項に規定する「理由を証明する書類」とは、次に掲げるものとする。

(1) 震災、風水害、火災その他これらに類する災害に該当する場合にあっては、り災証明書

(2) 生活状況申告書

(3) その他申請事由に該当することを明らかにする書類

3 第1項において、現に被保険者資格証明書の交付を受けている被保険者については、特別の事情の届出等により被保険者証の交付を受けた後でなければ、申請手続を行うことができない。

4 災害救助法の適用に係る災害が生じた場合において、前3項の規定による手続により難しいときは、広域連合長が別に定める手続により取り扱うものとする。

(証明書の交付)

第19条 広域連合長は、前条第1項の規定による申請書を受理したときは、速やかにその可否を決定し、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免除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。

(証明書の提示)

第20条 前条の証明書の交付を受けた被保険者は、保険医療機関等において療養の給付、評価療養、患者申出療養又は選定療養を受けようとするときは、被保険者証に当該証明書を添えて当該保険医療機関等に提示しなければならない。

(一部負担金の免除等の取消し)

第21条 広域連合長は、次の各号のいずれかに該当するときは、直ちに一部負担金の免除等を取り消し、その旨を後期高齢者医療一部負担金免除及び徴収猶予取消通知書（様式第20号）により通知するものとする。

(1) 一部負担金の免除等を受けた者の資力その他の事情が変化したため、一部負担金の免除等を行うことが不適當となったとき。

(2) 偽りの申請その他不正な行為により、一部負担金の免除等の措置を受けていたことが判明したとき。

2 広域連合長は、前項の場合において、その者が既に保険医療機関等において療養の給付、評価療養、患者申出療養又は選定療養を受けていたときは、直ちに一部負担金の免除等を取り消した旨及び取り消した日を当該保険医療機関等に通知するものとする。

3 広域連合長は、第1項の規定により免除を取り消したときは、その者から取消しの対象となった日の前日までの間に免除により支払を免れた一部負担金の額に相当する金額を徴収する。

4 広域連合長は、第1項の規定により徴収猶予を取り消したときは、その者から取消しの対象となった日の前日までの間にその徴収猶予した一部負担金の全部又は一部について、これを一時に徴収する。

（食事療養標準負担額差額の支給申請）

第22条 省令第37条第2項の規定による食事療養標準負担額差額の支給に関する申請書の様式は、後期高齢者医療療養費支給申請書（様式第21号又は様式第21号の2。以下「療養費支給申請書」という。）のとおりとする。

2 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、不支給又は却下を決定し、後期高齢者医療療養費支給決定通知書（様式第22号。以下「療養費支給決定通知書」という。）、後期高齢者医療不支給決定通知書（様式第22号の2。以下「不支給決定通知書」という。）又は後期高齢者医療給付支給申請却下通知書（様式第23号。以下「支給申請却下通知書」という。）により当該被保険者に対し通知するものとする。

（生活療養標準負担額差額の支給申請）

第23条 省令第42条第2項の規定による生活療養標準負担額差額の支給に関する申請書の様式は、療養費支給申請書のとおりとする。

2 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、不支給又は却下を決定し、療養費支給決定通知書、不支給決定通知書又は支給申請却下通知書により当該被保険者に対し通知するものとする。

（第三者行為による傷病届）

第24条 省令第46条の規定による届書の様式は、第三者行為による傷病届（様式第24号）のとおりとする。

（療養費の支給申請）

第25条 省令第47条第1項の規定による療養費の支給に関する申請書の様式は、療養費支給申請書のとおりとする。ただし、次の各号に掲げる療養費の支給に関する申請については、当該各号に定めるところによる。

(1) 受領委任によるはり、きゅう及びあんま・マッサージの施術に係る療養費の支給

はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師の施術に係る療養費に関する受領委任の取扱いについて（平成30年6月12日保発0612第2号厚生労働省保険局長通知）に定める受領委任の取扱規程による。

(2) 受領委任による柔道整復師の施術に係る療養費の支給 柔道整復師の施術に係る療養費について（平成22年5月24日保発0524第2号厚生労働省保険局長通知）に定める協定書又は受領委任の取扱規程による。

2 海外において診療を受けたときの療養費の支給を受けようとするときは、診療内容明細書（様式第25号）、領収明細書（様式第25号の2）、歯科診療内容明細書（様式第25号の3）及び海外療養費に関する調査に係る同意書（様式第26号）を提出しなければならない。

3 広域連合長は、第1項の規定による申請書を受理したときは、速やかに支給、不支給又は却下を決定し、療養費支給決定通知書、不支給決定通知書又は支給申請却下通知書により当該被保険者に対し通知するものとする。

（特別療養費の支給申請）

第26条 省令第54条第1項の規定による特別療養費の支給に関する申請書の様式は、療養費支給申請書のとおりとする。

2 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、不支給又は却下を決定し、療養費支給決定通知書、不支給決定通知書又は支給申請却下通知書により当該被保険者に対し通知するものとする。

（移送費の支給申請）

第27条 省令第60条第1項の規定による移送費の支給に関する申請書の様式は、療養費支給申請書のとおりとし、同条第2項に規定する添付書類のほか、移送に要した費用の領収書を添えて広域連合長に提出しなければならない。

2 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、不支給又は却下を決定し、療養費支給決定通知書、不支給決定通知書又は支給申請却下通知書により当該被保険者に対し通知するものとする。

（特定疾病の認定申請）

第28条 省令第62条第1項の規定による特定疾病の認定に関する申請書の様式は、後期高齢者医療特定疾病認定申請書（様式第27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たときは、速やかに承認又は不承認を決定し、特定疾病療養受療証を交付し、又は後期高齢者医療特定疾病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。

（特定疾病療養受療証の再交付申請）

第29条 省令第62条第8項の規定による特定疾病療養受療証の再交付に関する申請書は、後期高齢者医療特定疾病療養受療証再交付申請書（様式第7号）のとおりとする。

（限度額適用認定証の交付申請）

第29条の2 省令第66条の2第2項の規定による限度額適用認定証の交付に関する申請書の様式は、後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書（様式第28号の2）のとおりとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理したときは、速やかに承認又は不承認を決定し、

限度額適用認定証を交付し、又は後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請却下通知書（様式第28号の3）により当該被保険者に対し通知するものとする。

（限度額適用認定証の更新）

第29条の3 省令第66条の2第6項の規定による限度額適用認定証の更新は、1年ごとに行う。

2 限度額適用認定証の更新時期は、特段の事由がある場合を除き、毎年8月1日とする。

（限度額適用認定証の再交付申請）

第29条の4 省令第66条の2第6項の規定による限度額適用認定証の再交付に関する申請書は、後期高齢者医療限度額適用認定証再交付申請書（様式第7号）のとおりとする。

（標準負担額減額認定証の交付申請）

第30条 省令第67条第2項の規定による限度額適用・標準負担額減額認定証の交付に関する申請書の様式は、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書兼入院日数届書（様式第29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たときは、速やかに承認又は不承認を決定し、限度額適用・標準負担額減額認定証を交付し、又は後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請却下通知書（様式第30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・標準負担額減額認定証の更新）

第31条 省令第67条第6項の規定による限度額適用・標準負担額減額認定証の更新は、1年ごとに行う。

2 限度額適用・標準負担額減額認定証の更新時期は、特段の事由がある場合を除き、毎年8月1日とする。

第32条 削除

（限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付申請）

第33条 省令第67条第6項の規定による限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付に関する申請書は、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証再交付申請書（様式第7号）のとおりとする。

（月間の高額療養費の支給申請）

第34条 省令第70条第1項の規定による月間の高額療養費の支給に関する申請書の様式は、後期高齢者医療高額療養費支給申請書（様式第32号又は様式第32号の3）のとおりとする。

2 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、後期高齢者医療高額療養費支給決定通知書（様式第33号）又は支給申請却下通知書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支給申請等）

第34条の2 省令第70条の2第1項、第70条の3第1項及び第5項の規定による年間の高額療養費の支給等に関する申請書の様式は、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33号の2又は様式第33号の2の5）のとおりとする。

2 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、不支給又は却下を決定し、高額療養費（外来年間合算）支給決定通知書（様式第33号の2の2）、高額療養費（外来年間合算）不支給決定通知書（様式第33号の2の6）又は高額療養費支給申請却下通知書（様式第33号の2の7）により当該被保険者に対し通知するものとする。

3 省令第70条の3第3項の規定により交付する証明書の様式は、兵庫県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33号の2の3）のとおりとする。

（高額介護合算療養費の支給申請等）

第34条の3 省令第71条の9第1項、第71条の10第1項及び第4項の規定による高額介護合算療養費の支給等に関する申請書の様式は、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33号の6又は様式第33号の7）のとおりとする。

2 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、不支給又は却下を決定し、高額介護合算療養費等支給決定通知書（様式第33号の3）、高額介護合算療養費等不支給決定通知書（様式第33号の4）又は高額介護合算療養費等支給申請却下通知書（様式第33号の4の2）により当該被保険者又は申請者に対し通知するものとする。

3 省令第71条の10第2項の規定により交付する証明書の様式は、兵庫県後期高齢者医療高額介護合算療養費等自己負担額証明書（様式第33号の5）のとおりとする。

（葬祭費の支給申請）

第35条 被保険者の葬祭を行う者が条例第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34号）を広域連合長に提出しなければならない。

2 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、後期高齢者医療葬祭費支給決定通知書（様式第35号）又は支給申請却下通知書により葬祭を行う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通知）

第36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ことを決定したときは、後期高齢者医療給付一時差止通知書（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37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支払を一時差し止められている滞納者が、政令第4条の規定のいずれかに該当したときは、後期高齢者医療給付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一時差止の解除を決定したときは、後期高齢者医療給付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ものとする。

3 広域連合長は、第1項の規定により後期高齢者医療給付の一時差止を解除した場合は、当該後期高齢者医療給付費を速やかに支給するものとする。

(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38条 省令第75条の規定による後期高齢者医療給付の一時差止に係る保険料の控除の通知の様式は、後期高齢者医療保険料控除通知書(様式第38号)のとおりとする。

第4章 保険料

(保険料の徴収猶予及び減免の基準)

第39条 条例第19条の規定により保険料を徴収猶予する場合及び第20条の規定により保険料を減免する場合の要件、徴収猶予の額又は減免の額及び適用期間は、別表に定めるところによる。

(減免額の端数計算)

第40条 保険料の減免額に1円未満の端数があるときは、これを切り上げる。

(特別の理由)

第41条 条例第19条第1項第2号及び第20条第1項第2号に規定する特別の理由は、広域連合長が特に必要があると認めたものとする。

(その他規則で定める理由)

第42条 条例第19条第1項第3号及び第20条第1項第3号に規定するその他規則で定める理由は、離婚その他広域連合長が特に必要があると認めたものとする。

(世帯の収入の基準)

第43条 条例第19条第1項第3号及び第20条第1項第3号に規定する規則で定める基準は、次の各号に規定する世帯の区分に従い、別表に定めるところによる。

- (1) 保険料の徴収猶予又は減免理由の発生日における被保険者、その属する世帯の世帯主及びその属する世帯の他の世帯員である被保険者につき算定した地方税法(昭和25年法律第226号)第314条の2第1項に規定する総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額(政令第18条第4項第1号に規定する他の所得と区分して計算される所得の金額をいう。以下この条において同じ。)の合計額の当該世帯における合算額が同法第314条の2第2項第1号に定める金額(被保険者、その属する世帯の世帯主及びその属する世帯の他の世帯員である被保険者(次号及び第3号において「被保険者等」という。))のうち給与所得を有する者(前年中に同条第1項に規定する総所得金額に係る所得税法(昭和40年法律第33号)第28条第1項に規定する給与所得について同条第3項に規定する給与所得控除額の控除を受けた者(同条第1項に規定する給与等の収入金額が55万円を超える者に限る。))をいう。以下この号において同じ。)の数及び公的年金等に係る所得を有する者(前年中に地方税法第314条の2第1項に規定する総所得金額に係る所得税法第35条第3項に規定する公的年金等に係る所得について同条第4項に規定する公的年金等控除額の控除を受けた者(年齢65歳未満の者にあつては当該公的年金等の収入金額が60万円を超える者に限り、年齢65歳以上の者にあつては当該公的年金等の収入金額が110万円を超える者に限る。))をいい、給与所得を有する者を除く。)の数の合計数(以下この号、次号及び第3号において「給与所得者等の数」という。)が2以上の場合にあつては、地方税法第314条の2第2項第1号に定める金額に当該給与所得者等の数から1を減じた数に10万円を乗じて得た金額を加えた金額)を超えない世帯

(2) 保険料の徴収猶予又は減免理由の発生日における被保険者、その属する世帯の世帯主及びその属する世帯の他の世帯員である被保険者につき算定した地方税法第314条の2第1項に規定する総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額の合計額の当該世帯における合算額が同条第2項第1号に定める金額（被保険者等のうち給与所得者等の数が2以上の場合にあっては、同号に定める金額に当該給与所得者等の数から1を減じた数に10万円を乗じて得た金額を加えた金額）に当該世帯に属する被保険者の数に条例第16条第1項第2号において被保険者の数に乘じることとされている金額を乗じて得た金額を加算した金額を超えない世帯（前号の規定に該当する世帯を除く。）

(3) 保険料の徴収猶予又は減免理由の発生日における被保険者、その属する世帯の世帯主及びその属する世帯の他の世帯員である被保険者につき算定した地方税法第314条の2第1項に規定する総所得金額及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額の合計額の当該世帯における合算額が同条第2項第1号に定める金額（被保険者等のうち給与所得者等の数が2以上の場合にあっては、同号に定める金額に当該給与所得者等の数から1を減じた数に10万円を乗じて得た金額を加えた金額）に当該世帯に属する被保険者の数に条例第16条第1項第3号において被保険者の数に乘じることとされている金額を乗じて得た金額を加算した金額を超えない世帯（前2号の規定に該当する世帯を除く。）

2 前項各号の場合における地方税法第314条の2第1項に規定する総所得金額若しくは山林所得金額又は他の所得と区分して計算される所得の金額は、同法第313条第3項から第5項までの規定を適用せず、また、所得税法第57条第1項、第3項又は第4項の規定の例によらないものとして計算する。

（保険料の徴収猶予の申請）

第44条 条例第19条の規定による申請は、後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書（様式第39号）により行うものとする。

2 広域連合長は、前項の申請があったときは、速やかに後期高齢者医療保険料徴収猶予（決定・却下）通知書（様式第40号）により当該被保険者に通知するものとする。

（保険料の減免の申請）

第45条 条例第20条の規定による申請は、後期高齢者医療保険料減免申請書（様式第41号）により行うものとする。

2 広域連合長は、前項の申請があったときは、速やかに後期高齢者医療保険料減免決定通知書（様式第42号）又は後期高齢者医療保険料減免却下通知書（様式第43号）により当該被保険者に通知するものとする。

3 広域連合長は、前項の決定に変更があったときは、速やかに後期高齢者医療保険料減免変更決定通知書（様式第43号の2）により当該被保険者に通知するものとする。

（保険料の徴収猶予又は減免の取消し）

第46条 広域連合長は、偽りその他不正の行為により保険料の徴収猶予又は減免を受けた被保険者があるときは、直ちに当該保険料の徴収猶予又は減免を取り消すものとする。

2 保険料の徴収猶予又は減免を受けた者が条例第19条第3項又は条例第20条第3項に規定する申告を行ったときは、広域連合長は、当該保険料の徴収猶予又は減免の全部

又は一部について取り消すものとする。

- 3 広域連合長は、前2項の決定をしたときは、後期高齢者医療保険料徴収猶予取消通知書（様式第44号）又は後期高齢者医療保険料減免取消通知書（様式第45号）により通知するものとする。

第5章 雑則

（補則）

- 第47条 この規則に定めるもののほか、この規則の施行に関して必要な事項は、広域連合長が定める。

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。

（公的年金等所得に係る世帯の収入の基準の特例）

- 2 当分の間、被保険者、その属する世帯の世帯主又はその属する世帯の他の世帯員である被保険者であつて前年中に所得税法第35条第3項に規定する公的年金等に係る所得について同条第4項に規定する公的年金等控除額（年齢65歳以上である者に係るものに限る。）の控除を受けたものについては、第43条第1項第1号中「総所得金額及び」とあるのは「総所得金額（所得税法第35条第3項に規定する公的年金等に係る所得については、同条第2項第1号の規定によって計算した金額から15万円を控除した金額）及び」と、「同法第314条の2第2項第1号」とあるのは「地方税法第314条の2第2項第1号」と、「110万円」とあるのは「125万円」と、同項第2号及び第3号中「総所得金額」とあるのは「総所得金額（所得税法第35条第3項に規定する公的年金等に係る所得については、同条第2項第1号の規定によって計算した金額から15万円を控除した金額）」と、「同条第2項第1号」とあるのは「地方税法第314条の2第2項第1号」とする。

（新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者に係る傷病手当金の支給申請及び適用期間）

- 3 被保険者は、条例附則第5条の規定により傷病手当金の支給を受けようとするときは、後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用その1）（様式第46号）、後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用その2）（様式第46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46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46号の4）を広域連合長に提出しなければならない。
- 4 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、傷病手当金支給決定通知書（様式第47号）又は傷病手当金不支給決定通知書（様式第48号）により当該被保険者に対し通知するものとする。
- 5 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条例の一部を改正する条例（令和2年兵庫県後期高齢者医療広域連合条例第3号）附則第2項に規定する規則で定める日は、新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和2年1月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）である感染症をいう。以下同じ。）が

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症である期間の最終日までに新型コロナウイルス感染症に感染（発熱等の症状があり当該感染症の感染が疑われる場合を含む。）した者が、その療養のため労務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日以後、労務につくことを予定していた日のうち最初の日とする。

附 則（平成20年10月3日規則第2号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成21年7月31日規則第2号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成21年9月3日規則第3号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成22年3月31日規則第3号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成23年3月31日規則第4号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成25年8月26日規則第3号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成26年3月24日規則第3号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成27年12月15日規則第7号）

（施行期日）

- 1 この規則は、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（平成25年法律第27号）附則第1条第4号に掲げる規定の施行の日から施行する。
（経過措置）
- 2 この規則の施行の際現に提出されているこの規則による改正前の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様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この規則による改正後の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様式によるものとみなす。
- 3 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成28年3月28日規則第1号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成28年4月1日から施行する。
（適用区分）
- 2 この規則による改正後の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規定は、平成28年度以後の年度分の保険料について適用し、平成27年度分までの保険料については、なお従前の例による。

附 則（平成28年9月9日規則第10号）

この規則は、公布の日から施行し、改正後の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規定は、平成28年4月1日から適用する。

附 則（平成30年3月29日規則第2号）

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

附 則（平成30年8月1日規則第5号）

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の際現に提出されているこの規則による改正前の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様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この規則による改正後の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様式によるものとみなす。

3 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成30年11月20日規則第10号）

（施行期日等）

1 この規則は、公布の日から施行し、この規則による改正後の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（以下「新規則」という。）第16条第2項及び第18条第4項の規定は平成30年7月5日から、第34条の2及び第34条の3の規定は平成30年8月1日から適用する。

（経過措置）

2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の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様式（以下「旧様式」という。）により提出されている書類は、新規則の様式によるものとみなす。

3 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（平成31年3月26日規則第5号）

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、第25条第1項第1号の改正規定は、平成31年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の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様式（以下「旧様式」という。）により提出されている書類は、この規則による改正後の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様式によるものとみなす。

3 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則（令和2年4月15日規則第4号）

この規則は、令和2年5月1日から施行する。

附 則（令和2年8月26日規則第6号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和2年12月10日規則第7号）

(施行期日)

- 1 この規則中第1条の規定は公布の日から、第2条の規定は令和3年1月1日から施行する。

(適用区分)

- 2 この規則による改正後の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第43条第1項、第2項及び附則第2項の規定は、令和3年度以後の年度分の保険料について適用し、令和2年度分までの保険料については、なお従前の例による。

附 則 (令和3年3月22日規則第3号)

(施行期日)

- 1 この規則中第1条の規定は公布の日から、第2条の規定は令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現に提出されているこの規則による改正前の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様式(以下「旧様式」という。)により使用されている書類は、この規則による改正後の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様式によるものとみなす。
- 3 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則 (令和3年6月10日規則第8号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (令和3年8月17日規則第10号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (令和3年12月20日規則第11号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (令和4年3月18日規則第3号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (令和4年6月23日規則第7号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (令和4年9月20日規則第9号)

この規則は、公布の日から施行する。ただし、様式第7号、様式第12号、様式第15号及び様式第21号の改正規定は、令和4年10月1日から施行する。

附 則 (令和4年12月28日規則第10号)

この規則は、公布の日から施行する。ただし、様式第32号、様式第32号の3、様式第33号の2及び様式第33号の2の5の改正規定は、令和5年1月1日から施行する。

附 則 (令和5年2月22日規則第2号)

この規則は、令和5年3月1日から施行する。ただし、様式第22号及び様式第24号の改正規定は令和5年4月1日から、様式第33号及び様式第35号の改正規定は令和5年5月1日から施行する。

附 則 (令和5年3月30日規則第8号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和5年5月29日規則第10号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和6年1月4日規則第1号）

この規則は、公布の日から施行する。

別表（第39条、第43条関係）

1 保険料の徴収猶予の要件、徴収猶予の額及び適用期間

適用条項	要件	徴収猶予の額	適用期間
(1) 条例第19条第1項第1号	2の保険料の減免の要件、減免の額及び適用期間の表(1)の条例第20条第1項第1号の要件に該当する者で、納付すべき保険料を一時に納付することができないと認められるとき。	納付することができないと認められる金額	6か月以内
(2) 条例第19条第1項第2号	2の保険料の減免の要件、減免の額及び適用期間の表(2)の条例第20条第1項第2号の要件に該当する者で、納付すべき保険料を一時に納付することができないと認められるとき。	納付することができないと認められる金額	6か月以内
(3) 条例第19条第1項第3号	2の保険料の減免の要件、減免の額及び適用期間の表(3)の条例第20条第1項第3号の要件に該当する者で、納付すべき保険料を一時に納付することができないと認められるとき。	納付することができないと認められる金額	6か月以内

2 保険料の減免の要件、減免の額及び適用期間

適用条項	要件	減免の額	適用期間						
(1) 条例第20条第1項第1号	被保険者又はその属する世帯の世帯主が、震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅又は家財について2割以上の損害を受けたとき。	<p>保険料額に次の表の左欄に掲げる損害の程度に応じ、同表の右欄に掲げる減免割合を乗じて得た金額</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>損害の程度</th> <th>減免割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5割以上</td> <td>10/10</td> </tr> <tr> <td>2割以上5割未満</td> <td>5/10</td> </tr> </tbody> </table>	損害の程度	減免割合	5割以上	10/10	2割以上5割未満	5/10	理由の発生した日の属する月以降12か月とする。
損害の程度	減免割合								
5割以上	10/10								
2割以上5割未満	5/10								
(2) 条例第20条第1項第2号	ア 賦課期日における世帯（被保険者、その属する世帯の世帯主及びその属する世帯の他の世帯員である被保険者をいう。以下同じ。）の賦課の基礎となった年分の所得金額（条例第5条に規定する基礎控除後の総所得金額等をいう。以下同じ。）の合計額が600万円以下の者で次に該当する	<p>保険料額の所得割額に次の表の左欄に掲げる被保険者の賦課の基礎となった年分の所得金額に応じ、同表の右欄に掲げる減免割合を乗じて得た金額</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>被保険者の賦課の基礎となった年分の所得金額</th> <th>減免割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100万円以下</td> <td>8/10</td> </tr> <tr> <td>100万円を超え200万円以下</td> <td>5/10</td> </tr> </tbody> </table>	被保険者の賦課の基礎となった年分の所得金額	減免割合	100万円以下	8/10	100万円を超え200万円以下	5/10	理由の発生した日（ただし、(イ)の事業における著しい損失の場合は、賦課期日を理由の発生した日とする。）の属する月以降年度末までとする。
被保険者の賦課の基礎となった年分の所得金額	減免割合								
100万円以下	8/10								
100万円を超え200万円以下	5/10								

とき。

(ア) 被保険者が3か月以上にわたり、休廃業、休職又は失業したことにより、理由発生の日以後1年間の世帯の所得金額の見込額の合計額が賦課の基礎となった年分の世帯の所得金額の合計額と比較して5割以上減少するとき。

(イ) 被保険者が事業において著しい損失を受け、世帯の当該年（申請日が当該年度の1月1日以降の場合は前年）の所得金額の合計額が世帯の前年（申請日が当該年度の1月1日以降の場合は前々年）の所得金額の合計額より5割以上減少するとき。

(ウ) 被保険者が重度の心身障害者となったこと又は3か月以上の長期入院をしたことにより、理由発生の日以後1年間の世帯の所得金額の見込額の合計額が賦課の基礎となった年分の世帯の所得金額の合計額と比較して5割以上減少するとき。

(エ) (ア)から(ウ)までに掲げるもののほか、広域連合長が特に必要があると認めため、世帯の所得金額の見込額の合計額が賦課の基礎となった年分の世帯の

200万円を超え 400万円以下	4 / 10
400万円を超え 600万円以下	3 / 10

	<p>所得金額の合計額と比較して5割以上減少するとき。</p> <p>イ 賦課期日における世帯の賦課の基礎となった年分の所得金額の合計額が600万円以下の者であり、条例第16条の規定による減額を受けていない被保険者で、被保険者の属する世帯の他の被保険者又は世帯主が、上記（ア）から（エ）までに該当し、理由発生の日以後1年間の世帯の総所得金額等の見込額が、第43条第1項各号に規定する金額を超えない世帯に該当するとき。</p>	<p>保険料額の均等割額に次の表の左欄に掲げる世帯の区分に応じ、同表の右欄に掲げる減免割合を乗じて得た金額</p> <table border="1" data-bbox="842 524 1225 819"> <thead> <tr> <th>世帯の区分</th> <th>減免割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第43条第1項第1号</td> <td>5 / 10</td> </tr> <tr> <td>第43条第1項第2号</td> <td>3 / 10</td> </tr> <tr> <td>第43条第1項第3号</td> <td>1 / 10</td> </tr> </tbody> </table>	世帯の区分	減免割合	第43条第1項第1号	5 / 10	第43条第1項第2号	3 / 10	第43条第1項第3号	1 / 10	
世帯の区分	減免割合										
第43条第1項第1号	5 / 10										
第43条第1項第2号	3 / 10										
第43条第1項第3号	1 / 10										
(3) 条例第20条第1項第3号	<p>賦課期日における世帯の賦課の基礎となった年分の所得金額の合計額が600万円以下の者であり、条例第16条の規定による減額を受けていない被保険者で、被保険者の属する世帯の他の被保険者及び世帯主が死亡、離婚その他広域連合長が特に必要があると認めたもので、理由発生の日以後1年間の世帯の総所得金額等の見込額が、第43条第1項各号に規定する金額を超えない世帯に該当するとき。</p>	<p>保険料額の均等割額に次の表の左欄に掲げる世帯の区分に応じ、同表の右欄に掲げる減免割合を乗じて得た金額</p> <table border="1" data-bbox="842 1189 1225 1485"> <thead> <tr> <th>世帯の区分</th> <th>減免割合</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第43条第1項第1号</td> <td>5 / 10</td> </tr> <tr> <td>第43条第1項第2号</td> <td>3 / 10</td> </tr> <tr> <td>第43条第1項第3号</td> <td>1 / 10</td> </tr> </tbody> </table>	世帯の区分	減免割合	第43条第1項第1号	5 / 10	第43条第1項第2号	3 / 10	第43条第1項第3号	1 / 10	<p>理由の発生した日の属する月以降年度末までとする。</p>
世帯の区分	減免割合										
第43条第1項第1号	5 / 10										
第43条第1項第2号	3 / 10										
第43条第1項第3号	1 / 10										
(4) 条例第20条第1項第4号	<p>被保険者が、法第89条により、療養の給付等が1か月以上制限されたとき。</p>	<p>保険料額に次の表に掲げる減免割合を乗じて得た金額</p> <table border="1" data-bbox="855 1771 1230 1854"> <tbody> <tr> <td>減免割合</td> </tr> <tr> <td>10 / 10</td> </tr> </tbody> </table>	減免割合	10 / 10	<p>理由の発生した日の属する月以降その理由の消滅した日の属する月の前月までとする。</p>						
減免割合											
10 / 10											

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	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	連絡先電話番号	

		新規（変更・喪失）	変更前
フリガナ		男・女	
氏名			
被保険者番号			
個人番号			
生年月日	明治・大正・昭和・（西暦）	年 月 日	
住所	〒		
申請区分	新規・継続・転入・その他（ ）		
申請事由			
所有手帳又は証書種類	身体障害者手帳（1級・2級・3級・4級） 療育手帳（A1・A2） 精神障害手帳（1級・2級） 国民年金証書（1級・2級） その他 （ ）		
認定（撤回）希望日	年 月 日	認定の場合：希望日＝資格取得日 撤回の場合：希望日＝資格喪失日の前日	
兵庫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			

----- 以下市（区）町記入欄 -----

資格取得・喪失年月日	年 月 日	証 処 理	交付：窓口・郵送（ / ）
受付者	保険料精算 通称名希望		回収： 済・未（ / ）
	未・済 有・無		<本人確認>書類名：免(経)・マイ・パ・障・保・介・
備考			その他（ ）

年 月 日

兵庫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	

不服申立て及び取消訴訟

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か月以内に、兵庫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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

問い合わせ先

後期高齢者医療資格喪失証明書

年 月 日

下記の者は、後期高齢者医療の資格を喪失したことを証明します。

保険者 所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1201号

名称 兵庫県後期高齢者医療広域連合

代表者 兵庫県後期高齢者医療広域連合長

印

記

○ 後期高齢者医療被保険者

保険者番号							
被保険者番号							
フリガナ				生年月日	明治・大正・昭和・(西暦) 年 月 日		
氏名							
住所	〒 ー						
資格取得年月日				年	月	日	
資格喪失年月日				年	月	日	

後期高齢者医療資格取得（変更・喪失）届

事由発生年月日		年	月	日	届出年月日		年	月	日	
証 種 別	<input type="checkbox"/> 被保険者証	事 由	1 新規届出		2 変更届出		3 喪失届出			
	<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証		<input type="checkbox"/> 県外転入	<input type="checkbox"/> 氏名変更		<input type="checkbox"/> 死亡		<input type="checkbox"/> 県外転出		
	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証		<input type="checkbox"/> 生保停廃止	<input type="checkbox"/> 県内市(区)町転出入		<input type="checkbox"/> 市(区)町内転居		<input type="checkbox"/> 生活保護開始		
	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証		<input type="checkbox"/> 年齢到達	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他		
			()	()	()	()	()	()	()	

太わく内をご記入ください。

	新規、変更後、喪失後の状況		変更前、異動前の状況	
フリガナ				
被保険者氏名				
被保険者番号				
個人番号				
生年月日	明・大・昭・(西暦)	年	月	日
住所、居所地 (施設名等)			性別	男 ・ 女
フリガナ				
世帯主氏名 (続柄)	()		()	
世帯主生年月日	明・大・昭・(西暦)	年	月	日
同世帯における被保険者の有無	有 ・ 無	<同世帯の被保険者氏名> _____		<被保険者番号> []
		_____		[]

上記のとおり関係書類を添えて届出します。

なお、被保険者の資格に関し、広域連合又は市(区)町が被保険者の配偶者若しくは被保険者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者又はこれらであった者に対し、必要な調査を行うことに同意します。

届出人住所:

届出人氏名:

(続柄:)

(電話 - -)

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

証 処 理	交付: 窓口・郵送 (/)	<証返還誓約> (※ 証提出がない場合のみ記入) このたび、被保険者証等を持参しなかったため提出することができません。後日、直ちに返納することはもちろん、当該被保険者証等にて、医療給付を受けないことを誓約いたします。 年 月 日 届出人氏名 _____
	回収: 済・未 (/)	
	<本人確認> 書類名: 免(経)・マイ・パ・障・保・介・ その他 ()	

備考		受 付 者	保険料精算	通称名希望
			未・済	有・無

後期高齢者医療住所地特例（適用・変更・終了）届書

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届け出ます。

届出年月日		年		月		日	
届出人氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ			本人との関係		<input type="checkbox"/> 本人	
届出人住所	〒 ー						
	電話番号 ()						

*届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・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	年	月	日
	氏名					昭・(西暦)				

世 帯 主	フリガナ			続柄					
	氏名			生年月日	明・大	年	月	日	
				昭・(西暦)					
				性別	男・女				

異動日	年	月	日	異動事由	
-----	---	---	---	------	--

異 動 前 情 報	従前の住所		〒 ー						
			電話番号 ()						
	* 異動前住所が施設等の場合、以下も記入のこと								
	施設等	名称							
退所年月日		年	月	日					

異 動 後 情 報	現住所		〒 ー						
			電話番号 ()						
	* 異動後住所が施設の場合、以下も記入のこと								
	施設等	名称							
入所年月日		年	月	日					

----- 以下市(区)町記入欄 -----

受付日	年	月	日	受付者	
-----	---	---	---	-----	--

年 月 日

兵庫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第54条第4項、第5項に基づき被保険者証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	
返 還 先	
返 還 期 限	

不服申立て及び取消訴訟

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か月以内に、兵庫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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

問い合わせ先

後期高齢者医療

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
特定疾病療養受療証
 ()

再交付申請書

届出者名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	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・大・昭・(西暦) 年 月 日
	住所	
申請の理由	紛失・盗難・汚損・破損・その他 ()	
兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 上記のとおり、後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 の再交付を申請します。 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> () なお、紛失等にかかるもので後日発見した場合は、直ちに返還します。 年 月 日		

----- 以下市(区)町記入欄 -----

受付者		証 処 理	交付：窓口・郵送 (/)
			回収：済・未 (/)
備考			<本人確認>書類名：免(経)・マイ・パ・障・保・介・その他 ()

兵庫県後
期高齢者
医療広域
連合検認印

後期高齢者医療負担区分等証明書・認定証明書交付申請書

届出者名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との 関係	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	連絡先 電話番号	

氏名	被保険者番号	負担区分等 証明書	認定証明書※		
			被扶養	障害	特定疾病
被保険者		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
同一世帯の世帯員		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

交付を希望する証明書に を記入

旧住所

新住所

転出（予定）日： 年 月 日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、後期高齢者医療関係証明書の交付を申請します。

年 月 日

※認定証明書は以下 1～3 に該当する場合のみ交付申請できます。

- 1) 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（被扶養）
- 2) 高齢者の医療の確保に関する法律第 50 条第 2 号の障害認定を受けた被保険者（障害）
- 3) 高齢者の医療の確保に関する法律施行令第 14 条第 6 項の特定疾病認定を受けた被保険者（特定疾病）

----- 以下市（区）町記入欄 -----

受付者		交付日	年 月 日
-----	--	-----	-------------

高齢者の医療の確保に関する法律

第 9 9 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	
		障害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 9 9 条第 2 項の被扶養者であった被保険者に該当する
 第 5 0 条第 2 号の障害認定を行った ことを証明する。
 施行令第 1 4 条第 6 項の特定疾病認定を行った

年 月 日

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

兵庫県後期高齢者医療広域連合長



様式第 1 1 号 削除

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		
		基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満Ⅱ	基準額未満Ⅰ	非課税	老福	基準額以下
		前年の12月31日現在の世帯にいる0歳以上16歳未満の世帯員					人	前年の12月31日現在の続柄	
		前年の12月31日現在の世帯にいる16歳以上19歳未満の世帯員					人		
2	氏名								
	該当する負担区分	一定以上負担区分					減額区分		
		基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満Ⅱ	基準額未満Ⅰ	非課税	老福	基準額以下
		前年の12月31日現在の世帯にいる0歳以上16歳未満の世帯員					人	前年の12月31日現在の続柄	
		前年の12月31日現在の世帯にいる16歳以上19歳未満の世帯員					人		
3	氏名								
	該当する負担区分	一定以上負担区分					減額区分		
		基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満Ⅱ	基準額未満Ⅰ	非課税	老福	基準額以下
		前年の12月31日現在の世帯にいる0歳以上16歳未満の世帯員					人	前年の12月31日現在の続柄	
		前年の12月31日現在の世帯にいる16歳以上19歳未満の世帯員					人		
4	氏名								
	該当する負担区分	一定以上負担区分					減額区分		
		基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満Ⅱ	基準額未満Ⅰ	非課税	老福	基準額以下
		前年の12月31日現在の世帯にいる0歳以上16歳未満の世帯員					人	前年の12月31日現在の続柄	
		前年の12月31日現在の世帯にいる16歳以上19歳未満の世帯員					人		
5	氏名								
	該当する負担区分	一定以上負担区分					減額区分		
		基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満Ⅱ	基準額未満Ⅰ	非課税	老福	基準額以下
		前年の12月31日現在の世帯にいる0歳以上16歳未満の世帯員					人	前年の12月31日現在の続柄	
		前年の12月31日現在の世帯にいる16歳以上19歳未満の世帯員					人		
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									
兵庫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交付申請書

届出者名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	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	明治、大正、昭和、(西暦) 年 月 日
	住所	
請求の理由		
その他(備考)		

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

高齢者の医療の確保に関する法律第54条第3項に基づき、上記のとおり、後期高齢者医療被保険者証の交付を求めます。

年 月 日

----- ※ 以下市(区)町記入欄 -----

受付日	年 月 日	受付者	認定の有無	認定・却下
			却下通知書の交付	(未 / 済) 年 月 日

年 月 日

様

兵庫県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療被保険者証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項による被保険者証の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	
却下理由	

不服申立て及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分の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、兵庫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、この処分の取消しの訴えは、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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は兵庫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。

<問い合わせ先>

年 月 日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

印

後期高齢者医療給付費請求（請求額変更）通知書

下記のとおり 決定・変更 しましたので通知します。

あなたは、別紙のとおり後期高齢者医療制度による診療を受けられましたが、下記（7）の理由により今回の診療にかかる医療費のうち、下記（5）の額について給付を受けることができないため、その費用を請求します。

つきましては、同封の納入通知書により、期限までに金融機関にて納付してください。

記

- （1） 被保険者番号
- （2） 被保険者氏名
- （3） 対象期間
- （4） 給付済額
- （5） 請求額
- （6） 納期限
- （7） 請求理由

- （8） 対象となる診療

◆問い合わせ先

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	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号			
個人番号			
フリガナ			
氏名			

住所	〒 -		
	電話 () -		

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
	給与 (パート収入等含)	円	円	円
	公的年金・給与以外 の収入 ()収入	円	円	円
	合計	円	円	円

(注) ・住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内の70歳以上の人(65歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている人も含む)全員について、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。
 ・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、災害弔慰金など)は記入する必要はありません。
 ・申請書の提出時には、収入を確認できる書類(確定申告書の写し等)を添付してください。
 ただし、年1月1日において当市(区)町に住所がある人で、かつ、公的年金収入、給与収入のみの方は、収入を確認できる書類の添付は不要です。(申請書の提出は必要です。)
 ・虚偽の申請に基づき取得した被保険者証により受診された場合には、刑法上の詐欺罪にあたるとともに、不正行為の受給として広域連合が給付額の一部を徴収することもありますのでご注意ください。

申請期限	年 月 日
------	-------

兵庫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負担区分判定に係る収入額を申請します。

年 月 日

-----以下、市(区)町記入欄-----

受付	年 月 日	収入 確認	年 月 日 / 確認書類名 (公簿)	判定	(基・特 / 却下)
	受付者 ()		確認者 () ()		適用開始日 ()

年 月 日

兵庫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5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	

不服申立て及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分の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、兵庫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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は兵庫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。

問い合わせ先

後期高齢者医療一部負担金免除及び徴収猶予申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		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		

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 殿

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

後期高齢者医療一部負担金免除証明書

被 保 険 者 番 号		
被 保 険 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	
有 効 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日

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。

年 月 日

3	9	2	8				
---	---	---	---	--	--	--	--

兵庫県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療一部負担金徴収猶予証明書

被 保 険 者 番 号		
被 保 険 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	
有 効 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日

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。

年 月 日

3	9	2	8				
---	---	---	---	--	--	--	--

兵庫県後期高齢者医療広域連合長



年 月 日

兵庫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免除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免除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	

不服申立て及び取消訴訟

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、兵庫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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

問い合わせ先

年 月 日

兵庫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免除及び徴収猶予取消通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第33条第3項に基づく一部負担金免除及び徴収猶予については、下記の理由により取消しましたので通知します。

被 保 険 者 番 号	
氏 名	
取 消 年 月 日	
取 消 理 由	

不服申立て及び取消訴訟

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、兵庫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ヶ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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6ヶ月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は兵庫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。

問い合わせ先

後期高齢者医療療養費支給申請書

様式第21号

個人番号		原書番号		受付年月日		整理番号	
		3		年 月 日			
被保険者番号		医療種別		割合		7割 8割 9割	
		5					
被保険者氏名 (患者名)		公費負担者番号					
生年月日		受給者番号		公費受給者負担額			
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 その他の者の名称及び所在地		発病又は負傷の原因		1. 第三者行為 (交通事故等) 2. その他 (自損事故・疾病等)			
従事した医師、歯科医師 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 国内 海外		治療用具		柔整		アンマ・ マッサージ	
ハリ・灸		移送		その他		標準負担 差額支給	
傷病名		別紙のとおり		療養等に 要した期間		年 月 日から 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・アンマ マッサージ		初検日		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。 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					
兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛 申請者 〒 - 住所		氏名		電話 () -		被保険者 との続柄	
受取方法		2 口座振込		保険者番号		3928	
預金種別		1 普通 2 当座 4 貯蓄		銀行 信用金庫・組合 協同組合 ()		本店 支店 出張所 ()	
口座番号 (右詰で記載)				欄		金額	
口座名義人 (カナ)				海外療養費			
		受領委任 1有 2無		渡航先国名		()	
				通貨単位		()	
* 口座名義人欄は、上段からカタカナで記入願います。 * 濁点(°)、半濁点(°)は1文字として記入願います。(最大40文字) * 姓と名の間は、1マス空けて記入願います。		下記のとおり決定します。 年 月 日		☐ 公金受取口座を利用します。			
総療養費		一部負担金		支給決定金額			
				* 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。 * 公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載は不要です。			

後期高齢者医療療養費支給申請書

個人番号								原書番号	受付年月日			整理番号																	
								3	年 月 日																				
被保険者番号								医療種別	5	割合	7割	8割	9割																
被保険者氏名 (患者名)		男1 ・ 女2						公費負担者番号																					
生年月日		年 月 日						受給者番号			公費受給者負担額																		
											円																		
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 その他の者の名称及び所在地								発病又は負傷の原因			1. 第三者行為 (交通事故等) 2. その他(自損事故・疾病等)																		
従事した医師、歯科医師 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		治療用器具		柔 整		アンマ・マッサージ		ハリ・灸		移送		その他		標準負担差額支給		医科		歯科		調剤		一般		7割		一般		7割	
傷病名		別紙のとおり						療養等に要した期間		年 月 日から 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・アンマ マッサージ		初検日						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。 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																					
兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛								年 月 日																					
申請者 千 一																													
住所																													
氏名								電話 () ー						被保険者との続柄															
受取方法		2 口座振込												保険者番号		3928													
預金種別		1 普通 2 当座 4 貯蓄						銀行 本店 信用金庫・組合 支店 協同組合 出張所 () ()						金額															
口座番号 (右詰で記載)														欄															
口座名義人 (カナ)														海外療養費															
								受領委任		渡航先国名 ()																			
								1有 2無		通貨単位 ()																			
*口座名義人欄は、上段からカタカナで記入願います。 *濁点(°)、半濁点(°)は1文字として記入願います。(最大40文字) *姓と名の間は、1マス空けて記入願います。																													
下記のとおり決定します。		年 月 日						総療養費		一部負担金		支給決定金額																	



後期高齢者医療療養費支給決定通知書

後期高齢者医療療養費について、次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. 支給金額合計
4. 支給予定日
5. 振込先口座 金融機関名
支店名
口座名義人

不服申立て及び取消訴訟

この決定に不服がある場合には、この決定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、兵庫県の後期高齢者医療審査会（〒650-8567 神戸市中央区下山手通5丁目10番1号、電話 078-341-7711（代表））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、審査請求をした日から3か月を経過しても裁決がないときや、この決定に伴う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、裁決を経なくても訴えを提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

◆問い合わせ先

〒
住 所

電話番号

年 月 日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療不支給決定通知書

の支給については、次のとおり不支給を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 不支給理由

不服申立て及び取消訴訟

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か月以内に兵庫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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

問い合わせ先

年 月 日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

印

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、次のとおり却下しましたので通知します。

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 支給却下理由

不服申立て及び取消訴訟

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か月以内に兵庫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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

問い合わせ先

第三者行為による傷病届

様式第24号

		保険者番号		3	9	2	8				
被 保 険 者	フリガナ		被保険者証								
	氏名		公費負担者			2	8				
		明・大・昭・平 年 月 日生		受給者							
第 三 者	本 人	フリガナ	住 所		〒						
		氏名									
	使用 者	住所 名称	〒		電話						
		明・大・昭・平 年 月 日生				電話					
事 故 の 状 況	発生日時		年 月 日 午前・午後		時		分 頃				
	発生場所										
	原因・状況										
診 療 関 係	傷病名				初診日		年 月 日				
	治癒まで の見込み				後期高齢開始日		年 月 日				
			入院 日 通院 日		費用		円				
	医 療 機 関	住所 名称			医療機関コード						
住所 名称				受診科		電話					
				医療機関コード							
				受診科		電話					
損 害 賠 償 関 係 (第 三 者)	示談等の 交渉状況										
	自 賠 責 保 険	保険会社名			電話					担当者	
契約者名				証明書番号							
任 意 保 険	保 有 者	住所									
		氏名			契約者との関係				第三者との関係		
任 意 保 険	(有・無)	住所 名称			電話						
		証券番号			保険期間					担当者	

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。

年 月 日

被保険者 住所 _____

(届出者) 氏名 _____

電話番号 _____

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

Form A

様式A

1. Name of Patient(Last, First) Age(Date of birth) Sex (Male · Female)
患者名 年齢(生年月日) 性別

2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form.)
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号
_____ (No.)

3. Date of first Diagnosis
初診日 . .

4. Days of Diagnosis and Treatment
診療日数 days

5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization From / / to / / (days)
入院 自 / / 至 / / (日間)
 Outpatient or Home Visit . / / . / /
入院外 / / . / /

6. Nature and Condition of Illness or Injury(in brief)
症状の概要

7. Prescription, Operation and any other Treatments(in brief)
処方、手術その他の処置の概要

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes No
治療は事故の傷害によるものですか。

9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B
医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式Bによる

10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(病院または診療所)		Phone

Date(日付) . . . Signature(署名) _____

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)
診療録の番号 _____

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt
領収明細書

Form B
様式B

(1) Fee for Initial Office Visit	初 診	料	\$ _____	
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再 診	料	\$ _____	
(3) Fee for Home Visit	往 診	料	\$ _____	
(4) Fee for Hospital Visit	入 院 管 理	料	\$ _____	
(5) Hospitalization	入 院	費	\$ _____	
(6) Consultation	診 察	費	\$ _____	
(7) Operation	手 術	費	\$ _____	
(8) Professional Nursing	職 業 看 護 師	費	\$ _____	
(9) X-Ray Examinations	X 線 検 査	費	\$ _____	
(10) Laboratory Tests*	諸 検 査	費	\$ _____	* Please fill in the content of the Laboratory Tests. *諸検査の内容を記入してください。
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
(11) Medicines**	医 薬	費	\$ _____	** Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine. **処方した個々の薬の名称と量を記入してください。
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
(12) Surgical Dressing	包 帯	費	\$ _____	
(13) Anesthetics	麻 酔	費	\$ _____	
(14) Operating room Charge	手 術 室	費 用	\$ _____	
(15) The Others(Specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)		\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
(16) Total	合 計	\$ _____	Unit is _____	通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge.
注意： 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(病院または診療所)		Phone

Date(日付) _____ Signature(署名) _____
Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)
診療録の番号 _____

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

様式第25号の3

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.

この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。

2. This form should be completed and signed by the attending physician.

この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。

Form C

3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be

filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

様式C

Attending Dentist's Statement
歯科診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____		Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____		Sex (Male · Female) 性別 _____	
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____			3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days		
Permanent tooth			Primary tooth		
(Upper)			(RIGHT)		
(Lower)			(LEFT)		

Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
Extraction 抜歯					
Filling 充填					
Inlay インレー					
Metal Crown 金属冠					
Post Crown 継続歯					
Jacket Crown ジャケット冠					
Bridge Work ブリッジ					
Plate Denture 有床義歯					
Partial Denture 局部義歯					
Complete Denture 総義歯					
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置					
Medicine 投薬					
The Others その他					
Total 合計					

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name Last(姓) _____ First(名) _____ Title(称号) _____

Address Home(自宅) _____ Phone(電話) _____

Office(病院または診療所) _____ Phone _____

Date(日付) _____ Signature(署名) _____

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 _____

海外療養費に関する調査に係る同意書
(Agreement of Authorization for overseas treatments)

療養を受けた私は、兵庫県後期高齢者医療広域連合及び兵庫県後期高齢者医療広域連合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容等）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

なお、本書の複写も本書と同じ効力があるものと認めます。

I (Patient who received the treatment) agree to authorize the Hyogo Prefecture Association of Medical Care Services for older Senior Citizens Office and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information for verification purposes from the medical organization by submitting the relevant application forms.

Also, photocopies of this Agreement of Authorization document will be considered effective and valid as the original.

住所 : _____
(Address)

氏名 : _____ ⑩

日付 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
(Date) (Year) (Month) (Day)

患者との関係 : 本人 ・ 後見人 ・ 法定相続人 ・ その他()
(Relation to the insured) (Self) (Guardian of adult) (Heir) (Other)

※ 署名・押印は、治療を受けた被保険者本人が行ってください。

なお、本人が成年被後見人である場合は成年後見人が、本人が死亡している場合は法定相続人が署名、押印してください。

Note: The insured person who has received treatment shall sign their own signature.

However, in the following case, guardian of adult (if the insured person is an adult ward), heir (if the insured person is dead) may sign their signature instead.

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	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・(西暦) 年 月 日
	住所	〒

疾 病 の 名 称	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全
	<input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固因子障害の一部
	<input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固因子障害の一部等

兵庫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

----- 以下市(区)町記入欄 -----

受付日	年 月 日	証 処 理	交付：窓口・郵送 (/)	認定の有無	認定・却下
受付者			<本人確認> 書類名：免(経)・マイ・パ・障・保・介・ その他 ()		

年 月 日

兵庫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	

不服申立て及び取消訴訟

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か月以内に、兵庫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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

問い合わせ先

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

届出者名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	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・(西暦)	年 月 日
	住所	〒	

兵庫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限度額適用認定証の交付を申請します。

年 月 日

----- 以下市(区)町記入欄 -----

受付日	年 月 日	証 処 理	交付：窓口・郵送 (/)	交付の有無	交付・却下
			<本人確認>	適用区分	現役Ⅰ・現役Ⅱ
受付者			書類名：免(経)・マイ・パ・障・保・介・その他 ()	適用開始日	年 月 日

年 月 日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

印

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第66条の2第2項に基づく限度額適用認定証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	
却 下 理 由	

不服申立て及び取消訴訟

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、兵庫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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

問い合わせ先

申請(届出)者名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
申請(届出)者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	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・(西暦)	年 月 日
	住所	〒	
長期入院	該当・非該当		

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更に減額されます。
 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	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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			

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

※該当する項番を☑としてください。

- 1. 上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
- 2. 上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。

年 月 日

----- 以下市(区)町記入欄 -----

受付日	年 月 日	証 処 理	交付：窓口・郵送(/)	交付の有無	交付・却下	
受付者			<本人確認>	適用区分	区分Ⅰ・区分Ⅱ	
			書類名：免(経)・マイ・パ・障・保・介・	適用開始日	年 月 日	
			その他 ()	長期入院該当日	年 月 日	

年 月 日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

印

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第67条第2項に基づく限度額適用・標準負担額減額認定証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	
却 下 理 由	

不服申立て及び取消訴訟

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、兵庫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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

問い合わせ先

様式第31号 削除

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

個人番号		受付年月日	
被保険者番号		生年月日	
氏名			
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 支給を受けている (制度名:) (費用徴収の 有 ・ 無) 支給を受けていない			
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)
振 込 先 金 融 機 関 口 座	銀行 信用金庫・組合 協同組合 ()		本店 支店 出張所 ()
	金融機関コード		支店コード
	金融機関(ゆうちょ銀行以外)口座番号(7桁)		
	ゆうちょ銀行 記号番号(13桁)		
	口座 名義人 (カナ)		
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載は不要です。			

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛

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 _____

電話 () - 被保険者
との続柄 _____

様式第32号の2 削除

年 月 日

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

個人番号											受付年月日					
被保険者番号						氏名										
生年月日	年 月 日					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 支給を受けている (制度名:) (費用徴収の 有 ・ 無) 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	銀行 信用金庫・組合 協同組合 ()										本店支店出張所 ()		預金種別 1 普通 2 当座 4 貯蓄			
	金融機関コード						支店コード									
	金融機関 (ゆうちょ銀行以外)										口座番号 (7桁)					
	ゆうちょ銀行										記号番号 (13桁)					
	口座名義人 (か)															
兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛 上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。 申請者 〒 - 住所 _____ 氏名 _____ 電話 () - _____																
										被保険者との続柄						



後期高齢者医療高額療養費支給決定通知書

後期高齢者医療高額療養費について、次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. 支給金額合計
4. 支給予定日
5. 振込先口座 金融機関名
 支店名
 口座名義人

不服申立て及び取消訴訟

この決定に不服がある場合には、この決定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、兵庫県の後期高齢者医療審査会（〒650-8567 神戸市中央区下山手通5丁目10番1号、電話 078-341-7711（代表））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、審査請求をした日から3か月を経過しても裁決がないときや、この決定に伴う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、裁決を経なくても訴えを提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

◆問い合わせ先

〒
住 所

電話番号

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33号の2

申請対象年度	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	
氏名	生年月日			個人番号		計算期間の始期及び終期				
						年 月 ~ 年 月				
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	計算期間中における加入期間					
			1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員							
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		計算期間中における加入期間				
				兵庫県後期高齢者医療広域連合		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 信金・組合 協同組合	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	口座名義人(カナで記入ください)	振込先口座管理番号
口座振込							1.普通預金 2.当座預金 4.貯蓄			
	受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載は不要です。								
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 ゆうちょ銀行の口座番号が7桁でない場合は、こちらに記号と番号をご記入ください。 ↓↓↓			
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛

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。また、上記保険者加入歴に記載のある被保険者において自己負担額がある場合、他の保険者に対する支給申請並びに自己負担額証明書の交付申請及び受領に関するすべての権限を委任します。また、当該事務において被保険者の個人情報を使用及び取得することに同意します。

なお、福祉医療制度の助成を受けていた場合、高額療養費(外来年間合算)には市町が既に助成した金額が含まれているため、あらかじめその額を差し引いて支給されること(支給額が0円になる場合も含みます)及び、その差し引かれた金額を広域連合から当該市町に支払うことに同意します。また、差し引かれずに支給された場合には、当該市町への返還に応じます。

本申請に係る給付業務(給付調整を含む)に必要な情報を関係保険者等の間で共有することに同意します。

郵便番号	—	年 月 日
住所		
申請者氏名		
電話番号	()	—

年 月 日

様

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 印

高額療養費（外来年間合算）支給決定通知書

高額療養費（外来年間合算）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。

被保険者氏名			被保険者番号	
計算対象期間				
申請年月日		支給額		
決定年月日				
給付の種類				
備考				

支払予定日

支払方法

不服申立て及び取消訴訟

この処分（福祉医療制度により助成を受けた金額がある場合の支給額の控除に関するものを除く。以下、同じ。）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、兵庫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。さらに、当該審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫県後期高齢者医療広域連合長）としてこの処分の取消の訴えを提起できます。

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、審査請求をした日から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、裁決を経なくても訴えを提起できます。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。

◆ 問い合わせ先

年 月 日

保険者	

様

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

印

兵庫県 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			
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
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
計			

※ 自己負担額については、負担割合が1割または2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。

◆ 問い合わせ先

様式第33号の2の4 削除

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	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			
氏名	生年月日		個人番号		計算期間の始期及び終期					
			年 月 ~ 年 月							
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	計算期間中における加入期間					
			1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員							
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		計算期間中における加入期間					
			兵庫県後期高齢者医療広域連合		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 信金・組合 協同組合	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	口座名義人(カナで記入ください)	振込先口座管理番号
口座振込							1. 普通預金 2. 当座預金 4. 貯蓄			
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	ゆうちょ銀行の口座番号が7桁でない場合は、 こちらに記号と番号をご記入ください。 ↓↓↓		
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛

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。また、上記保険者加入歴に記載のある被保険者において自己負担額がある場合、他の保険者に対する支給申請並びに自己負担額証明書の交付申請及び受領に関するすべての権限を委任します。また、当該事務において被保険者の個人情報を使用及び取得することに同意します。

なお、福祉医療制度の助成を受けていた場合、高額療養費（外来年間合算）には市町が既に助成した金額が含まれているため、あらかじめその額を差し引いて支給されること（支給額が0円になる場合も含みます）及び、その差し引かれた金額を広域連合から当該市町に支払うことに同意します。また、差し引かれずに支給された場合には、当該市町への返還に応じます。

本申請に係る給付業務（給付調整を含む）に必要な情報を関係保険者等の間で共有することに同意します。

郵便番号	—	年 月 日
住所		
申請者氏名		
電話番号	()	—

年 月 日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

印

高額療養費（外来年間合算）不支給決定通知書

高額療養費（外来年間合算）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。

被保険者氏名		被保険者番号	
計算対象期間			
申請年月日		決定年月日	
計算対象期間中の自己負担額の合計額		支給額	
給付の種類			
不支給の理由			
備考			

不服申立て及び取消訴訟

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、兵庫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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

問い合わせ先

年 月 日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

印

高額療養費（外来年間合算）支給申請却下通知書

先に申請のありました高額療養費（外来年間合算）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。

被保険者氏名		被保険者番号	
計算対象期間			
申請年月日		決定年月日	
計算対象期間中の自己負担額の合計額		支給額	
給付の種類			
却下の理由			
備考			

不服申立て及び取消訴訟

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、兵庫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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

問い合わせ先

年 月 日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

印

高額介護合算療養費等支給決定通知書

先に申請のありました高額介護合算療養費等支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
計算対象期間			
申請年月日		支給額	
決定年月日			
給付の種類			
備考			

支払予定日

支払方法

不服申立て及び取消訴訟

この処分（福祉医療制度により助成を受けた金額がある場合の支給額の控除に関するものを除く。以下、同じ。）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、兵庫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。さらに、当該審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫県後期高齢者医療広域連合長）としてこの処分の取消の訴えを提起できます。

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、審査請求をした日から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、裁決を経なくても訴えを提起できます。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。

問い合わせ先

年 月 日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

印

高額介護合算療養費等不支給決定通知書

先に申請のありました高額介護合算療養費等支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
計算対象期間			
申請年月日		決定年月日	
計算対象期間中の自己負担額の合計額		支給額	
給付の種類			
不支給の理由			
備考			

不服申立て及び取消訴訟

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、兵庫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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

問い合わせ先

年 月 日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

印

高額介護合算療養費等支給申請却下通知書

先に申請のありました高額介護合算療養費等支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
計算対象期間			
申請年月日		決定年月日	
計算対象期間中の自己負担額の合計額		支給額	
給付の種類			
却下の理由			
備考			

不服申立て及び取消訴訟

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、兵庫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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

問い合わせ先

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

兵庫県 後期高齢者医療高額介護合算療養費等自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ			
氏名			
生年月日			
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
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
計			

◆ 問い合わせ先

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33号の6

申請対象年度	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

氏名	生年月日	年 月 日	個人番号
			計算期間の始期及び終期
			年 月 ~ 年 月

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		

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
		兵庫県後期高齢者医療広域連合	年 月 日 ~ 年 月 日

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 ~ 年 月 日

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行 信金・組合 協同組合	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	口座名義人(カタカナ)	振込先口座管理番号
							1.普通預金 2.当座預金 4.貯蓄			
口座振込	受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載は不要です。								

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			

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛

長宛

上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給を申請します。また、上記保険者加入歴に記載のある被保険者において自己負担額がある場合、他の保険者に対する支給申請並びに自己負担額証明書の交付申請及び受領に関するすべての権限を委任します。また、当該事務において被保険者の個人情報を使用及び取得することに同意します。

なお、福祉医療制度の助成を受けていた場合、高額介護合算療養費には市町が既に助成した金額が含まれているため、あらかじめその額を差し引いて支給されること(支給額が0円になる場合も含みます)及び、その差し引かれた金額を広域連合から当該市町に支払うことに同意します。また、差し引かれずに支給された場合には、当該市町への返還に応じます。

本申請に係る給付業務(給付調整を含む)に必要な情報を関係保険者等の間で共有することに同意します。

郵便番号	—	年 月 日
住所		
申請者氏名		
電話番号	() —	

人中	人目	枚中	枚目
----	----	----	----

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33号の7

申請対象年度	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

氏名	生年月日	年 月 日	個人番号
		計算期間の始期及び終期	年 月 ~ 年 月

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		

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
		兵庫県後期高齢者医療広域連合	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 信金・組合 協同組合	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	口座名義人(カタカナ)	振込先口座管理番号
口座振込							1.普通預金 2.当座預金 4.貯蓄			

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	ゆうちょ銀行の口座番号が7桁でない場合は、こちらに記号と番号をご記入ください。 ↓↓↓
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛 / 長宛

上記対象者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給を申請します。また、上記保険者加入歴に記載のある被保険者において自己負担額がある場合、他の保険者に対する支給申請並びに自己負担額証明書の交付申請及び受領に関するすべての権限を委任します。また、当該事務において被保険者の個人情報を使用及び取得することに同意します。

なお、福祉医療制度の助成を受けていた場合、高額介護合算療養費には市町が既に助成した金額が含まれているため、あらかじめその額を差し引いて支給されること（支給額が0円になる場合も含みます）及び、その差し引かれた金額を広域連合から当該市町に支払うことに同意します。また、差し引かれずに支給された場合には、当該市町への返還に応じます。

本申請に係る給付業務（給付調整を含む）に必要な情報を関係保険者等の間で共有することに同意します。

郵便番号	—	年 月 日
住所		
申請者氏名		
電話番号	()	—

人中	人目	枚中	枚目
----	----	----	----

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	年	月	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 信用金庫・組合 協 同 組 合 ()	本 店 支 店 出 張 所 ()	預 金 種 別	<input type="checkbox"/> 1 普 通 <input type="checkbox"/> 2 当 座 <input type="checkbox"/> 4 貯 蓄
	口座番号等 (右づめで記入してください)			
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。

上記のとおり申請します。

年 月 日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛 干 -

申請者 住 所 _____

(喪主又は代理人※) 氏 名 _____

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。



後期高齢者医療葬祭費支給決定通知書

後期高齢者医療葬祭費について、次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. 支給金額
4. 支給予定日
5. 振込先口座 金融機関名
 支店名
 口座名義人

不服申立て及び取消訴訟

この決定に不服がある場合には、この決定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、兵庫県の後期高齢者医療審査会（〒650-8567 神戸市中央区下山手通5丁目10番1号、電話 078-341-7711（代表））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、審査請求をした日から3か月を経過しても裁決がないときや、この決定に伴う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、裁決を経なくても訴えを提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

◆問い合わせ先

〒
住 所

電話番号

年 月 日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

(公印省略)

後期高齢者医療給付一時差止通知書

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きませんので、下記のとおり支払いを一時差止めます。
差止事由に係る保険料を完納した場合は、一時差止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下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
- 5) 上記のうち支払いの一時差止をする額

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第92条第1項又は、
高齢者の医療の確保に関する法第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、「特別の事情届出書」を提出してください。

この処分不服がある場合には、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、兵庫県の後期高齢者審査会に対して審査請求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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

◆問い合わせ先

年 月 日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

印

後期高齢者医療給付一時差止解除通知書

支払を一時差止めておりました後期高齢者医療の給付につきまして、一時差止めを解除することになりました。よって、下記の通りお支払いします。

1) 給付の種類

2) 支払額

3) 振込先金融機関 銀行 支店

4) 振込日 年 月 日

この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に兵庫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、この決定の取り消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でない限り、提起できませんが、審査請求のあった日から3ヶ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、裁決を経ないでも提起できます。この訴えは、裁決の伝達を受けた日の翌日から起算して6ヶ月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

問い合わせ先

兵庫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医療給付費から滞納保険料を控除する措置が 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
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
給付額合計			円	控除保険料合計			円	

滞納保険料控除後の保険給付費支給額(A-B)

この処分不服がある場合には、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、兵庫県の後期高齢者審査会に対して審査請求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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、兵庫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。

問い合わせ先

後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者（被保険者又は連帯納付義務者）	届出者
住所	住所
氏名	氏名
被保険者との関係	電話番号

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条例第19条第2項の規定により、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

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療保険料徴収猶予(決定・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(決定・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	
--------	--	--------	--

徴収猶予決定年月日	年 月 日
-----------	-------

(決定・却下)理由	
-----------	--

納 期	保険料額	徴収猶予期間	備 考
合計			

不服申立て及び取消訴訟

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か月以内に、兵庫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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

後期高齢者医療保険料減免申請書

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者（被保険者又は連帯納付義務者）

届出者

住所

住所

氏名

氏名

被保険者との関係

電話番号

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条例第20条第2項の規定により、
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

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

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			

不服申立て及び取消訴訟

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か月以内に、兵庫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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

様

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

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は、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			

不服申立て及び取消訴訟

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、兵庫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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

第 号
年 月 日

様

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療保険料減免変更決定通知書

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、次のとおり変更としたので通知します。

氏名	年度区分		年度
決定年月日	年 月 日		被保険者番号
	減免前保険料額	決定減免額	減免後保険料額
変更前	円	円	円
変更後	円	円	円
変更理由			

不服申立て及び取消訴訟

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か月以内に、兵庫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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

様

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療保険料徴収猶予取消通知書

年 月 日付で決定しました 年度分保険料の徴収猶予については、次のとおり取消しましたので通知します。

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

徴収猶予取消年月日	年 月 日
取 消 理 由	

納 期	保険料額	取消前徴収猶予期間	取消後納期限	備 考
合計				

不服申立て及び取消訴訟

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、兵庫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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

様

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療保険料減免取消通知書

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、次のとおり取消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
減免取消理由			

不服申立て及び取消訴訟

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か月以内に、兵庫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、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用 その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() ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入							
	預金別	普通・当座 その他()			口座番号										
	口座名義(カタカナ)														
		※ 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。													
<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 () ー</p> <p>申請者氏名 兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛</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	この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 (口 座 名 義 人)	〒 ー											
	(フリガナ)											
	氏名	被保険者との関係										

※ 給付金(傷病手当金)の受領を代理人に委任する場合は、被保険者の本人確認書類(後期高齢者医療被保険者証、運転免許証、旅券(パスポート)など)の写を添付ください。

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用 その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)			
③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	④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
⑤	上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払を受けましたか。 又は今後受けられますか。	1. はい	2. いいえ
⑥	⑤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) □□□□□□□□

(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③～⑥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
担当者氏名	電話番号

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つ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つ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 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	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	日			
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つ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 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	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	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	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	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 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	締日		
	2. いいえ		賃金計算		
		支払日	1. 当月 2. 翌月		
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 区分	単価(円)	月 日 ~ 月 日 分 (A)支給額(円)	月 日 ~ 月 日 分 (B)支給額(円)	月 日 ~ 月 日 分 (C)支給額(円)
	基本給	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□
	時給	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□
	手当	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□
	手当	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□
	手当	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□
	手当	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□
	現物給与	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□
	計	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□
				賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)	□□□□□□□□
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)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 (印)					
担当者氏名				電話番号	

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	診療 実日数	日											
		令和	年	月	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	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																																
<p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>																																

年 月 日

様

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

印

傷病手当金支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった後期高齢者医療傷病手当金支給申請につきましては、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	
療養期間			
支給日数			
支給額			
給付の種類	傷病手当金		

支払予定日

支払方法

振込先 金融機関名

支店名

口座番号

口座名義人

不服申立て及び取消訴訟

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、兵庫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。さらに、当該審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、兵庫県後期高齢者医療広域連合長)としてこの処分の取消の訴えを提起できます。

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、審査請求をした日から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、裁決を経なくても訴えを提起できます。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。

問い合わせ先

年 月 日

様

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

印

傷病手当金不支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった後期高齢者医療傷病手当金支給申請につきましては、不支給と決定しましたので通知します。

記

不支給の理由

不服申立て及び取消訴訟

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、兵庫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。さらに、当該審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、兵庫県後期高齢者医療広域連合長)としてこの処分の取消の訴えを提起できます。

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、審査請求をした日から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、裁決を経なくても訴えを提起できます。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。

問い合わせ先