

新潟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による様式規程の一部を改正する規程を次のように定める。

平成28年4月22日

新潟県後期高齢者医療広域連合長 篠田



昭  
新潟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による様式規程の一部を改正する規程

条文 別紙のとおり

新潟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による様式  
規程の一部を改正する規程

平成28年4月22日

訓令第2号

新潟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による様式規程（平成21  
年新潟県後期高齢者医療広域連合訓令第1号）の一部を次のように改正する。

様式第24号、様式第28号、様式第30号及び様式第37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

療養を受けた	被保険者氏名										
	生年月日		被保険者番号								
	個人番号										

診療年月	年	月	療養期間	年	月	日	から	入外区分	割合
診療日数		日		年	月	日	まで		

療養の種類	療養に要した費用額						
	審査認定額						
	一部負担金						
	支給金額						

傷病名			
診療を受けた医療機関等の名称及び所在地			
発病又は負傷の理由		第三者行為（交通事故等）の有無	有 ・ 無

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 労働金庫	本店 支店 出張所 ( )	預金種別	普通 当座 貯蓄
口座番号等 左記記載して下さい				
口座名義人 (カタカナ)				

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。

年 月 日

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

申請者（被保険者） 〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞ 電話番号 \_\_\_\_\_

委任状欄	後期高齢者医療療養費支給の受領を下記の者に委任します。	年 月 日
	委任を受ける方	
	〒 _____ 住所 _____	
	氏名 _____ ㊞ 電話番号 _____	
	被保険者との関係 _____	

後期高齢者医療特別療養費支給申請書

個人番号												
保険者番号												
被保険者証番号											負担割合	1割・3割
診療を受けた 被保険者氏名											生年月日	年 月 日
療養を取り扱った 保険医療機関 等又は訪問看護 ステーションの 名称及び所在地	名 称											
	所在地											
傷病名												
発病又は 負傷の原因											第三者行為(交通 事故等)の有無	有 ・ 無
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)											
療養に要した 費用の額	診 療 費.....円											
	食事療養費・生活療養費.....円											
備考												
費用額	一部負担額											支給決定額
( 円)	× ( 円)											= ( 円)
振 込 先 金 融 機 関											預金種別	
銀 行・信用金庫 信用組合・労働金庫 協同組合											本 店 支 店 出 張 所 ( )	普 通 当 座 貯 蓄
口 座 番 号											口 座 名 義 人	
											フリガナ	
											氏 名	

上記のとおり療養費を申請します。

年 月 日

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

連絡先 \_\_\_\_\_

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

## 後期高齢者医療移送費支給申請書

個人番号											
被保険者証番号											
移送を受けた被保険者氏名						生年月日	年 月 日				
傷病名						発病又は負傷の年月日	年 月 日				
発病又は負傷の原因						第三者行為(交通事故等)の有無	有 ・ 無				
移送の経路及び方法						移送年月日	年 月 日				
						移送に要した費用	円				
付添人の氏名及び住所	氏名					住所					
振込先金融機関							預金種別				
銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 協同組合					本店 支店 出張所 ( )			普通 当座 貯蓄			
口座番号					口座名義人						
					フリガナ						
					氏名						

上記のとおり移送費の申請をします。

年 月 日

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

連絡先 \_\_\_\_\_

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

## 新潟県後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

支給申請金額	被保険者証番号								
円	亡くなった方の氏名 (被保険者氏名)								
死亡年月日	年 月 日	葬儀年月日	年 月 日						
死亡の原因	第三者行為 (交通事故等) ・ その他								
支払区分	口座振込金融機関							預金種別	
口座振込	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農 協	本店 支店 出張所					1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄		
口座番号				口座名義人					
				フリガナ					
				氏名					

上記のとおり申請します。

年 月 日

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

申請者 (喪主) 〒     -

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ TEL — —

被保険者との続柄

<b>委任状欄</b>	年 月 日
支給される葬祭費の受領を下記の者に委任します。	
委任を受ける方	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	住所 _____
	氏名 _____ ⑩ TEL — —
委任する方	氏名 _____ ⑩ TEL — —

<b>【市町村記入欄】</b>	受付印押印欄
献体、充当、その他理由等ある場合は記入してください。	

附 則

この規程は、平成28年5月1日から施行する。