

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30年3月27日

新潟県後期高齢者医療広域連合長 篠田



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30年3月27日

訓令第1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。

別表中「第55条」を「第55条・55条の2」に改める。

別表中様式第6号、様式第19号、様式第21号、様式第34号、様式第42号、様式  
第46号及び様式第59号を次のように改める。

高齢者の医療の確保に関する法律第 55 条・第 55 条の 2 該当 届書  
 (病院等に入院、入所又は入居中の被保険者の特例) 非該当

被保険者番号											
個人番号											
該当・非該当 年 月 日	年 月 日										
被 保 険 者	氏 名						性 別	男・女			
	住 所										
介護保険施設 病院等	名 称										
	所在地										

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

該当になった際に現に当該世帯に属していた世帯の世帯主  
 住 所  
 氏 名 ㊟  
 電話番号

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

## 後期高齢者医療食事療養標準負担額差額支給申請書

療養を受けた	被保険者氏名										
	生 年 月 日	年	月	日	被保険者番号						
	個人番号										

診療を受けた医療機関等の名称及び所在地											
入院日数	年	月	日	から	年	月	日	まで	日間	食	
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											
<b>発病又は負傷の理由</b>	<b>第三者行為（交通事故等）の有無</b>										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 <small>左詰記載して下さい</small>				
口座名義人 <small>(カタカナ)</small>				

上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療食事療養標準負担額差額支給の申請をします。 年 月 日

新潟県後期高齢者医療広域連合長 あて

申請者（被保険者） 〒 \_\_\_\_\_ 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩ 電話番号 \_\_\_\_\_

委任状欄	後期高齢者医療食事療養標準負担額差額支給の受領を下記の者に委任します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 委任を受ける方 〒 _____ 住所 _____  氏名 _____ ⑩ 電話番号 _____  被保険者との関係 _____
------	---

市区町村記載欄			
交 付 区 分		長 期 該 当 年 月 日	年 月 日
支 給 申 請 の 額			

## 後期高齢者医療生活療養標準負担額差額支給申請書

療養を受けた	被保険者氏名										
	生 年 月 日	年	月	日	被保険者番号						
	個人番号										

診療を受けた医療機関等の名称及び所在地											
入院日数	年	月	日	から	年	月	日	まで	日間	食	
入院に際して受けた生活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											
<b>発病又は負傷の理由</b>	<b>第三者行為（交通事故等）の有無</b>										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 左詰記載して下さい				
口座名義人 (カタカナ)				

上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療生活療養標準負担額差額支給の申請をします。 年 月 日

新潟県後期高齢者医療広域連合長 あて

申請者（被保険者） 〒 \_\_\_\_\_ 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩ 電話番号 \_\_\_\_\_

委任状欄	後期高齢者医療生活療養標準負担額差額支給の受領を下記の者に委任します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 委任を受ける方 〒 _____ 住所 _____  氏名 _____ ⑩ 電話番号 _____  被保険者との関係 _____
------	---

市区町村記載欄			
交 付 区 分		長期該当年月日	年 月 日
支 給 申 請 の 額			

後 期 高 齢 者 医 療 高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者番号		氏 名							
生年月日		性 別		電話番号	— —				
個人番号									
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 座 貯 蓄
	口座番号			
口座名義人	フリガナ			
	氏 名			

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長  
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

委任状については、被保険者本人名義の口座以外を振込先に指定する場合にご記入下さい。

【委任状】 支給される高額療養費の受領を下記の者に委任します。

年 月 日

委任する人 氏 名 印

委任を受ける人 郵便番号 —

住 所

氏 名 印

委任する人との関係 \_\_\_\_\_

電話番号 — —

様

新潟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		
賦課管理番号		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限度超過額
円	%	円	円	円	円
⑦所得割軽減額	⑧均等割軽減額	⑨年保険料額 ⑤-⑥-⑦-⑧	月数	⑩月割減額	⑪保険料額※ ⑨-⑩
円	円	円		円	円

※100 円未満切捨

裏面もご覧ください

## 後期高齢者医療保険料額決定通知書について

### 1. 賦課の根拠

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条例の規定によって、新潟県に居住する後期高齢者医療の被保険者に対して賦課したものです。

### 2. 保険料の算出方法

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 } 確定年保険料  
均等割額 = 円 } [ 円を限度とする]

なお、年度途中で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 - 基礎控除額 ( 円)

### 3. 低所得者に対する軽減

#### (1) 所得割額の軽減

平成 30 年度から所得割額を軽減する特例措置は廃止となりました。なお、賦課のもととなる所得金額 (※1) が 58 万円以下の方の所得割額は、平成 28 年度以前は 5 割、平成 29 年度は 2 割軽減となります。

#### (2) 均等割額の軽減

同一世帯内の加入者と世帯主の合計所得金額をもとに、均等割額を下表のとおり軽減します。

均等割軽減額	同一世帯内の加入者とその世帯主の合計所得額
9 割 ( 円) 軽減 (※3)	3 3 万円以下かつ加入者全員が年金収入 8 0 万円以下で他の所得が無い場合
8. 5 割 ( 円) 軽減 (※4)	3 3 万円以下
5 割 ( 円) 軽減	3 3 万円 + (加入者の数 (※5) × 2 7. 5 万円 (※6)) 以下
2 割 ( 円) 軽減	3 3 万円 + (加入者の数 × 5 0 万円 (※7)) 以下

※3 平成 21 年度以降の保険料に適用されます。

※4 平成 20・21 年度追加軽減措置となります。なお、平成 20 年度は 30, 200 円の軽減となります。

※5 平成 25 年度以前は世帯主を除く加入者の数となります。

※6 平成 26 年度以前は 24. 5 万円、平成 27 年度は 26 万円、平成 28 年度は 26. 5 万円、平成 29 年度は 27 万円となります。

※7 平成 25 年度以前は 35 万円、平成 26 年度は 45 万円、平成 27 年度は 47 万円、平成 28 年度は 48 万円、平成 29 年度は 49 万円となります。

### 4. 被用者保険の被扶養者であった方に対する軽減

制度加入前日において被用者保険 (市町村国保・国保組合を除く健康保険) の被扶養者であった方は、所得割が課されず、均等割から 5 割 ( 円) が軽減 (※8) されます。ただし、所得が低い方に対する軽減にも該当する方は、いずれか大きい方の額が軽減されます。

※8 平成 20 年度分保険料では、4 月から 9 月分まで負担なし、10 月から 3 月分まで 9 割軽減された額となります。

平成 21 年度から平成 28 年度までは 9 割軽減された額、平成 29 年度は 7 割軽減された額となります。

制度加入前日に被用者保険の被扶養者であったにもかかわらず軽減されていない方は、市区町村窓口へお申し出ください。

### 5. 審査請求及び取消訴訟

(1) この通知書に記載された事項に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 3 か月以内 (以下「不服申立期間」) に、新潟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。(不服申立期間経過後でも正当な理由がある場ときは、審査請求が認められる場合があります。)

(2) この処分の取消しの訴え (以下「取消訴訟」) は、前記(1)の審査請求にかかる裁決後に、新潟県後期高齢者医療広域連合を被告 (代表者は、新潟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、①審査請求があった日の翌日から起算して 3 か月を経過しても裁決がないとき、②処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、③その他裁決を経ないことに正当な理由があるときは、審査請求の裁決を経ないでも、取消訴訟を提起できます。なお、前記②及び③により提起する場合は、この処分を知った日の翌日から起算して 6 か月以内 (以下「出訴期間」) に訴訟を提起する必要があります。(出訴期間経過後でも正当な理由があるときは、取消訴訟の提起が認められる場合があります。)

(3) 前記(1)の審査請求及び前記(2)の取消訴訟の提起は、当該処分があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は行うことができません。(正当な理由がある場合を除く。)

新潟県後期高齢者医療審査会 電話番号 025 (285) 5511 (代表)  
〒950-8570 新潟市中央区新光町 4 番地 1 新潟県庁 国保・福祉指導課内

【お問い合わせ】 新潟県後期高齢者医療広域連合 電話番号 025-285-3222 (業務課)

〒950-0965 新潟市中央区新光町 4 番地 1 新潟県自治会館本館内



様

新潟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	
賦課管理番号	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限度超過額
変更前	円	%	円	円		円
変更後	円	%	円	円		円
	⑦所得割軽減額	⑧均等割軽減額	⑨年保険料額 ⑤-⑥-⑦-⑧	月数	⑩月割減額	⑪保険料額※ ⑨-⑩
変更前	円	円	円		円	円
変更後	円	円	円		円	円

※100 円未満切捨

裏面もご覧ください

## 後期高齢者医療保険料額決定通知書について

### 1. 賦課の根拠

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条例の規定によって、新潟県に居住する後期高齢者医療の被保険者に対して賦課したものです。

### 2. 保険料の算出方法

保険料算出方法は以下のとおりです。

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

なお、年度途中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。

$$\text{※1 賦課のもととなる所得金額} = \text{年中の所得} - \text{基礎控除額} (\text{円})$$

### 3. 低所得者に対する軽減

#### (1) 所得割額の軽減

平成 30 年度から所得割額を軽減する特例措置は廃止となりました。なお、賦課のもととなる所得金額 (※1) が 58 万円以下の方の所得割額は、平成 28 年度以前は 5 割、平成 29 年度は 2 割軽減となります。

#### (2) 均等割額の軽減

同一世帯内の加入者と世帯主の合計所得金額をもとに、均等割額を下表のとおり軽減します。

均等割軽減額	同一世帯内の加入者とその世帯主の合計所得額
9 割 (円) 軽減 (※3)	33 万円以下かつ加入者全員が年金収入 80 万円以下で他の所得が無い場合
8.5 割 (円) 軽減 (※4)	33 万円以下
5 割 (円) 軽減	33 万円 + (加入者の数 (※5) × 27.5 万円 (※6)) 以下
2 割 (円) 軽減	33 万円 + (加入者の数 × 50 万円 (※7)) 以下

※3 平成 21 年度以降の保険料に適用されます。

※4 平成 20・21 年度追加軽減措置となります。なお、平成 20 年度は 30,200 円の軽減となります。

※5 平成 25 年度以前は世帯主を除く加入者の数となります。

※6 平成 26 年度以前は 24.5 万円、平成 27 年度は 26 万円、平成 28 年度は 26.5 万円、平成 29 年度は 27 万円となります。

※7 平成 25 年度以前は 35 万円、平成 26 年度は 45 万円、平成 27 年度は 47 万円、平成 28 年度は 48 万円、平成 29 年度は 49 万円となります。

### 4. 被用者保険の被扶養者であった方に対する軽減

制度加入前日において被用者保険 (市町村国保・国保組合を除く健康保険) の被扶養者であった方は、所得割が課されず、均等割から 5 割 (円) が軽減 (※8) されます。ただし、所得が低い方に対する軽減にも該当する方は、いずれか大きい方の額が軽減されます。

※8 平成 20 年度分保険料では、4 月から 9 月分まで負担なし、10 月から 3 月分まで 9 割軽減された額となります。

平成 21 年度から平成 28 年度までは 9 割軽減された額、平成 29 年度は 7 割軽減された額となります。

制度加入前日に被用者保険の被扶養者であったにもかかわらず軽減されていない方は、市区町村窓口へお申し出ください。

### 5. 審査請求及び取消訴訟

(1) この通知書に記載された事項に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 3 か月以内 (以下「不服申立期間」) に、新潟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。(不服申立期間経過後でも正当な理由がある場ときは、審査請求が認められる場合があります。)

(2) この処分の取消しの訴え (以下「取消訴訟」) は、前記(1)の審査請求にかかる裁決後に、新潟県後期高齢者医療広域連合を被告 (代表者は、新潟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、①審査請求があった日の翌日から起算して 3 か月を経過しても裁決がないとき、②処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、③その他裁決を経ないことに正当な理由があるときは、審査請求の裁決を経ないでも、取消訴訟を提起できます。なお、前記②及び③により提起する場合は、この処分を知った日の翌日から起算して 6 か月以内 (以下「出訴期間」) に訴訟を提起する必要があります。(出訴期間経過後でも正当な理由があるときは、取消訴訟の提起が認められる場合があります。)

(3) 前記(1)の審査請求及び前記(2)の取消訴訟の提起は、当該処分があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は行うことができません。(正当な理由がある場合を除く。)

新潟県後期高齢者医療審査会 電話番号 025 (285) 5511 (代表)  
〒950-8570 新潟市中央区新光町 4 番地 1 新潟県庁 国保・福祉指導課内

【お問い合わせ】 新潟県後期高齢者医療広域連合 電話番号 025-285-3222 (業務課)  
〒950-0965 新潟市中央区新光町 4 番地 1 新潟県自治会館本館内

広域 連合	局長	次長	課長	課長補佐	係長	係員	担当

下記のとおり、賦課の特例に係る後期高齢者医療保険料の額の修正の申出があり、相当の理由があると認められるので、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条例第22条第2項に基づき裏面調査票のとおり決定してよろしいでしょうか。

## 年度 後期高齢者医療保険料(暫定賦課額)修正申出書

申出の理由	
暫定保険料額	円
前年度保険料額(年額)	円
前年中の総所得金額等	円
	添付書類(該当する記号を○で囲む) ア 所得税確定申告書の控又は写 イ 市町村県民税申告書の控又は写 ウ 給与所得の源泉徴収票の控又は写 エ その他( )
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条例第22条第1項の規定により、 保険料の額の修正を申し出ます。  年    月    日  住所 _____  氏名 (被保険者) _____  被保険者番号 _____  電話 _____  (あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長	

(太枠の中のみ記載してください。)

(裏面)

## 後期高齢者医療保険料額修正調査書

調査年月日                      年    月    日                      調査員氏名 \_\_\_\_\_

### 1. 保険料修正の申出の確認

今年度保険料の見積額の算定

所得割額	円×    %=	A	円
均等割額	円	B	円
限度超過額	賦課限度額                      円を超える額	C	円
均等割軽減額	軽減の額	D	円
端数	100円未満の端数	E	円
月割減額	被保険者の異動に係る月割減額	F	円
今年度保険料の見積額(A+B-C-D-E-F)			円

※被扶養者であった被保険者の場合、A欄について留意願います。

今年度の保険料見積額(年額)①	前年度の保険料額(年額)②
円	円

当該年度分の保険料見積額①                      円は、前年度の保険料額②                      円の  
2分の1未満であるから、申出について相当の理由があることを認める。

### 2. 暫定賦課額の修正

暫定賦課額の修正

今年度保険料の見積額	G	円	$\times 1/12 \times 3 = H$
修正後の暫定保険料額	H	円	※1/12を乗じた際に100円未満切捨

(参考) 期別保険料額の修正

納める月	変更前	変更後
4月	円	円
5月	円	円
6月	円	円
合計	円	円

附 則

この規程は、平成30年4月1日から施行する。