

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12月28日

新潟県後期高齢者医療広域連合長 村山 秀幸



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12月28日

訓令第3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

| | | |
|-------------------------------|-----------|----------|
| 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 | 第23条の2第1項 | 様式第61号 |
| 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 | 第23条の2第1項 | 様式第61号-2 |
| 後期高齢者医療高額介護合算療養費等支給決定通知書 | 第23条の2第2項 | 様式第62号 |
| 後期高齢者医療高額介護合算療養費等支給決定通知書 | 第23条の2第2項 | 様式第62号-2 |
| 高額介護合算療養費等支給決定通知書 | 第23条の2第2項 | 様式第63号 |
| 後期高齢者医療自己負担額証明書 | 第23条の2第3項 | 様式第64号 |

」を

| | | |
|-------------------------------|-----------|----------|
| 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 | 第23条の3第1項 | 様式第61号 |
| 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 | 第23条の3第1項 | 様式第61号-2 |
| 後期高齢者医療高額介護合算療養費等支給決定通知書 | 第23条の3第2項 | 様式第62号 |
| 後期高齢者医療高額介護合算療養費等支給決定通知書 | 第23条の3第2項 | 様式第62号-2 |
| 高額介護合算療養費等支給決定通知書 | 第23条の3第2項 | 様式第63号 |
| 後期高齢者医療自己負担額証明書 | 第23条の3第3項 | 様式第64号 |

」に

改める。

別表に次のように加える。

| | | |
|---|-----------|----------|
| 後期高齢者医療高額療養費(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 | 第23条の2第1項 | 様式第66号 |
| 後期高齢者医療高額療養費(外来年間合算)支給決定通知書 | 第23条の2第2項 | 様式第67号 |
| 後期高齢者医療高額療養費(外来年間合算)支給決定通知書 | 第23条の2第2項 | 様式第67号-2 |
| 後期高齢者医療高額療養費(外来年間合算)不支給決定通知書 | 第23条の2第2項 | 様式第68号 |
| 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 | 第23条の2第3項 | 様式第69号 |

様式第65号の次に次の様式を加える。

後期高齢者医療高額療養費(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

※太枠線内のみご記入ください。

| | | | | |
|--------|------|----|--------|------|
| フリガナ | 生年月日 | 性別 | 被保険者番号 | 個人番号 |
| 被保険者氏名 | | | | |

【1.振込口座記入欄】

| 振込先金融機関名 | 支店名 | 種目 | 口座番号 | フリガナ | 口座管理番号 |
|-------------------------------|------------------------|----------------|------|-----------------------|--------|
| 銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農協・漁協 | 本店 支店 出張所 () | 普通 当座 貯蓄 | | フリガナ 口座 名義人 | |

【2.申請欄】

(あて先)
(あて先)
(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長
上記被保険者について、高額療養費(外来年間合算)の支給を申請します。
 上記被保険者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

(申請者) 年 月 日

〒 住 所

氏 名

電話番号

【3.委任欄】

※申請者と別の人の口座に振込みを希望する場合はご記入ください。
支給される高額療養費(外来年間合算)の受領を下記の人に委任します。

委任する人(申請者)

氏 名

住所

氏 名

電話番号

委任を受ける人(口座名義人)

〒 住 所

氏 名

電話番号

委任する人との関係 ()

(保険者等記入欄)以下の欄には記入しないでください。

| 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 | 計算期間の始期及び終期 | | |
|--------|----------------------------------|-------|------------------------|-----------------|-------------------------------|-------------|-------------------|-----------------|
| 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 | |
| 資格情報 | 国民健康保険 | 保険者番号 | 被保険者証記号 | 被保険者証番号 | 続柄 | 保険者名称 | 加入期間 | |
| | 後期高齢者医療 | 保険者番号 | 被保険者番号 | | 広域連合名称 | | 加入期間 | |
| 保険者加入歴 | 1 | 保険者名 | 加入期間 | 添付の自己負担額証明書整理番号 | 3 | 保険者名 | 加入期間 | 添付の自己負担額証明書整理番号 |
| | 2 | | | | | | 保険者確認欄 | |

様式第 67 号

後期高齢者医療 高額療養費 (外来年間合算)
支給決定通知書

新潟県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療 高額療養費 (外来年間合算) の支給について、次のとおり決定しましたので通知いたします。

- 1. 被保険者番号 _____
- 2. 被保険者氏名 _____
- 3. 計算対象期間 _____
- 4. 支給金額 _____
- 5. 支給予定日 _____
- 6. 支給方法 _____
 - 金融機関名 _____
 - 金融機関支店名 _____
 - 口座名義人 (カナ) _____
 - 口座番号 _____

年 月 日 発行

(差出人)

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

新潟県後期高齢者医療広域連合事務局

業務課 医療給付係

電話 025-285-3222

支給番号

※個人情報保護のため、口座番号の下3桁を表示して
おりません。

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。(不服審査申立期間経過後でも正当な理由があるときは、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決裁後に、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に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)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

〒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

問い合わせ先


新潟県後期高齢者医療広域連合事務局

業務課 医療給付係

電話 025-285-3222

年 月 日

様

新潟県後期高齢者医療広域連合長 

後期高齢者医療高額療養費（外来年間合算）支給決定通知書

年 月 日付で申請のあった後期高齢者医療高額療養費（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。

なお、決定金額の支払いにつきましては、 にて行います。

記

| | |
|--------------|-----------|
| 被 保 険 者 氏 名 | |
| 決 定 金 額 | 円 |
| 支 払 期 日 | 年 月 日 時以降 |
| 支払場所（現金払いの方） | |

※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。）

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

様式第 68 号

後期高齢者医療 高額療養費 (外来年間合算)
不支給決定通知書

新潟県後期高齢者医療広域連合長



日ごろより、後期高齢者医療制度にご理解を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、後期高齢者医療高額療養費 (外来年間合算) の支給について、下記の理由により不支給とすることに決定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. 計算対象期間
4. 不支給の理由

年 月 日 発行

(差出人)

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

新潟県後期高齢者医療広域連合事務局

業務課 医療給付係

電話 025-285-3222

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。(不服審査申立期間経過後でも正当な理由があるときは、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決裁後に、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に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) 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

〒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

問い合わせ先

新潟県後期高齢者医療広域連合事務局

業務課 医療給付係

電話 025-285-3222

様

新潟県後期高齢者医療広域連合長

印

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 | | 性別 | |
| 自己負担額証明書整理番号 | | | |
| 保険者番号 | | 証明対象年度 | |
| 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 | |
| 8月 | | | |
| 9月 | | | |
| 10月 | | | |
| 11月 | | | |
| 12月 | | | |
| 1月 | | | |
| 2月 | | | |
| 3月 | | | |
| 4月 | | | |
| 5月 | | | |
| 6月 | | | |
| 7月 | | | |
| 計 | | | |

※自己負担額については、負担割合が1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

◆計算結果送付先

〒
住 所
電話番号

〒
住 所
電話番号

附 則

この規程は、公布の日から施行し、改正後の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規定は、平成30年8月1日から適用する。