

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。

令和3年3月26日

新潟県後期高齢者医療広域連合長 村山 秀 幸



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の一部を改正する規程

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。

別表後期高齢者医療（基準収入額適用、一部負担金減額・免除・徴収猶予、食事療養標準負担額差額、生活療養標準負担額差額、療養費、特別療養費、移送費、特定疾病の認定、限度額適用・標準負担額減額の認定、限度額適用の認定、高額療養費、葬祭費）不支給、不承認決定通知書の項中「減額の認定」を「減額認定証交付」に、「適用の認定」を「適用認定証交付」に改め、同表後期高齢者医療第三者の行為による被害届の項中「後期高齢者医療第三者の行為による被害届」を「第三者行為による傷病届」に改め、同表後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書の項中「申請書」を「証交付申請書兼入院日数届書」に改め、同表後期高齢者医療限度額適用認定申請書の項中「申請書」を「証交付申請書」に改め、同表後期高齢者医療高額介護合算療養費等支給決定通知書の項中「等」を削り、同表高額介護合算療養費等支給決定通知書の項中「等不支給」を「不支給」に改め、同表に次のように加える。

後期高齢者医療障害認定撤回申請書	第2条の2第1項	様式第73号
後期高齢者医療資格喪失証明書	第2条の2第2項 第3条第2項	様式第74号

様式第1号、様式第3号、様式第5号、様式第6号、様式第8号から様式第11号まで、様式第13号から様式第15号まで、様式第19号、様式第21号、様式第24号、様式第28号、様式第30号、様式第32号から様式第34号まで、様式第37号、様式第42号、様式第46号、様式第47号、様式第51号、様式第52号、様式第56号、様式第58号、様式第61号、様式第61号-2、様式第66号、様式第70号から様式第70号-3まで及び様式第70号-4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 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交付申請書

年 月 日 都（道府県） 市（区町村）

に転出するため、 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 の交付を申請します。

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

㊞

（自署の場合は押印不要）

（あて先） 新潟県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療障害認定申請書

被 保 険 者	被保険者番号	
	個人番号	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日生
	居住地	
障 害 の 状 況	次の書類のとおり <input type="checkbox"/> 国民年金証書 () <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療認定証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療の障害認定を申請します。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 (自署の場合は押印不要) ㊟ 電話番号 (あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長		

【委任欄】 後期高齢者医療被保険者証の受領を次の者に委任します。

年 月 日

委任する人 氏 名 ㊟ (自署の場合は押印不要)

委任を受ける人 住 所

氏 名 (委任する人との関係)

電話番号

市町村処理欄	資格取得日	年 月 日
--------	-------	-------

後期高齢者医療被保険者資格（取得・喪失）に係る届書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 10 条、第 11 条及び第 22 条から第 26 条までの規定により後期高齢者医療被保険者資格の（取得・喪失）を届け出ます。

届 出	年 月 日	住 所		
氏 名			生年月日	年 月 日
被保険者番号			資格得喪日	年 月 日
個人番号			保険証	交付 ・ 未交付 ・ 回収 ・ 不回収

資 格 取 得 ・ 喪 失 の 区 分					
取 得	転入 職権記載 帰化 回復 社保離脱 国保組合離脱 生保廃止	その他増 世帯主変更（入） 世帯合併（入） 世帯分離（入） 世帯変更（入） 特定活動（ ）	喪 失	転出 死亡 職権消除 社保加入 国保組合加入 生保開始	その他減 世帯主変更（出） 世帯合併（出） 世帯分離（出） 出国 資格変更（ ）

受 領 者 確 認 欄	
1. 運転免許証 2. パスポート 3. 外国人登録証	4. 旧健康保険証 5. その他（ ）

上記のとおり申請します

年 月 日

住 所
申請者 氏 名 Ⓜ
(自署の場合は押印不要)
電話番号

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

【委任欄】 後期高齢者医療被保険者証の受領を次の者に委任します。	
年 月 日	
委任する人 氏 名	Ⓜ (自署の場合は押印不要)
委任を受ける人 住 所	
氏 名	(委任する人との関係)
電話番号	

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

該 当
 届 書
 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										
	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

該当になった際に当該世帯に属していた世帯の世帯主

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

電話番号

後期高齢者医療 特別の事情（発生）届書

次のとおり，後期高齢者医療保険料を納付することができない特別の事情がありますので，届出いたします。

被 保 険 者 氏 名	住 所	
被 保 険 者 番 号	個 人 番 号	被 保 険 者 資 格 証 明 書 交 付 年 月 日 (注 1)
		年 月 日
後期高齢者医療保険料を納付できない理由を具体的に記入してください。		
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長</p> <p style="text-align: right;">住 所 氏 名</p> <p style="text-align: right;">(自署の場合は押印不要) ㊟</p>		

注 1 被保険者資格証明書の交付を受けていないときは，当該記入欄の記入の必要はありません。
 2 特別の事情があることを明らかにする書類がある場合は，添付してください。

参考

政令で定める特別な事情

- 1 保険料を滞納している被保険者又はその属する世帯の世帯主（以下「滞納被保険者等」という。）がその財産につき災害を受け、又は盗難にかかったこと。
- 2 滞納被保険者等又はその者と生計を一にする親族が病気にかかり、又は負傷したこと。
- 3 滞納被保険者等がその事業を廃止し、又は休止したこと。
- 4 滞納被保険者等がその事業につき著しい損害を受けたこと。
- 5 前各号に類する事由があったこと。

後期高齢者医療認定証明書交付申請書

年 月 日 都（道府県） 市（区町村）
に転出するため

〔 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 8 条
第 1 項の障害認定証明書又は第 6 2 条第 4 項の特定
疾病認定証明書 〕 を申請します。

年 月 日

旧住所

申請者 新住所

氏 名 ㊦

（自署の場合は押印不要）

被保険者番号 _____

（あて先） 新潟県後期高齢者医療広域連合長

【委任欄】 後期高齢者医療認定証明書の受領を次の者に委任します。

年 月 日

委任する人 氏 名 ㊦（自署の場合は押印不要）

委任を受ける人 住 所

氏 名

電話番号 （ ）

委任する人との関係

後期高齢者医療負担区分等証明書交付申請書

年 月 日 都（道府県） 市（区町村）に転出
するので本人及び同一世帯に転出する以下の者に係る負担区分等証明書の
交付を申請します。

被保険者番号 _____ 氏 名 _____

被保険者番号 _____ 氏 名 _____

_____ 氏 名 _____

_____ 氏 名 _____

年 月 日

旧住所

申請者 新住所

氏 名

㊤

（自署の場合は押印不要）

（あて先） 新潟県後期高齢者医療広域連合長

【委任欄】 後期高齢者医療負担区分等証明書の受領を次の者に委任します。

年 月 日

委任する人 氏 名 ㊤（自署の場合は押印不要）

委任を受ける人 住 所

氏 名

電話番号 ()

委任する人との関係

後期高齢者医療基準収入額適用申請書

届出者名		被保険者との関係	
連絡先電話番号			

住所			
電話番号			

被保険者番号				
個人番号				
フリガナ				
氏名				
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
年中の収入	公的年金 (老齢基礎、老齢厚生、退職共済、老齢、退職年金等)	円	円	円
	給与 (パート収入等含)	円	円	円
	年金・給与以外の収入 ()収入	円	円	円
	合計	円	円	円

(注)

- ・市区町村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におられる後期高齢者医療の被保険者の方、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。
※なお、世帯に本人以外の後期高齢者医療の被保険者の方がいない場合であってかつ70歳から74歳の方が世帯内にいる場合には、70歳から74歳の方についても記入してください。
- ・収入額はすべてご記入ください。ただし、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、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等）は除きます。
- ・公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し、公的年金及び給与収入額が確認できる所得（課税）証明書等を添付してください。
ただし、1月1日において当市（区町村）に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類は不要です。なお、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入については添付不要です。

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

申請者 氏名 ㊟（自署の場合は押印不要）
 氏名 ㊟（自署の場合は押印不要）
 氏名 ㊟（自署の場合は押印不要）

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

様

新潟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、一部負担金減額・免除・徴収猶予、食事療養標準負担額差額、生活療養標準負担額差額、療養費、特別療養費、移送費、特定疾病の認定、限度額適用・標準負担額減額認定証交付、限度額適用認定証交付、高額療養費、葬祭費）不支給、不承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった（基準収入額適用、一部負担金減額・免除・徴収猶予、食事療養標準負担額差額、生活療養標準負担額差額、療養費、特別療養費、移送費、特定疾病の認定、限度額適用・標準負担額減額認定証交付、限度額適用認定証交付、高額療養費、葬祭費）については、下記の理由により不支給、不承認としましたので通知します。

記

被 保 険 者 番 号	
氏 名	
不支給、不承認年月日	年 月 日
不支給、不承認理由	

※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 15 号

後期高齢者医療一部負担金減額（免除、徴収猶予）申請書

届出者名		被保険者との関係	
連絡先電話番号			

被 保 険 者	被保険者番号			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日生
	住所			
傷病名				
発病又は負傷年月日		年	月	日
減免等種類				
申請の理由				

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療一部負担金減額（免除、徴収猶予）を申請します。

年 月 日

申請者 氏名

㊟

（自署の場合は押印不要）

（あて先） 新潟県後期高齢者医療広域連合長

【委任欄】 後期高齢者医療一部負担金減額（免除、徴収猶予）証明書の受領を次の者に委任します。

年 月 日

委任する人 氏名

㊟

（自署の場合は押印不要）

委任を受ける人 郵便番号

—

住所

氏名

電話番号 ()

委任する人との関係

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
減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由										
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	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 _____ ④ 電話番号 _____
(自署の場合は押印不要)

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。									
	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 _____										

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
減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由										
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	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 _____

(自署の場合は押印不要)

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。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 委任を受ける方 〒 _____ 住所 _____ 氏名 _____ 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 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						
支給申請をした理由						
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	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
口座番号等 左記載して下さい				
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 _____ ④ 電話番号 _____

(自署の場合は押印不要)

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 _____ ㊟
(自署の場合は押印不要)

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)
(自署の場合は押印不要)

連絡先 _____

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

被 保 険 者	被保険者番号	
	保 険 者 番 号	
	個人番号	
	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	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第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 <input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等	
医 師 の 意 見 書	上記疾病により診療を受けていることを証明します。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> 療養取扱 名称..... 医療機関 所在地..... 医師名..... ㊟ (自署の場合は押印不要)	
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。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> <div style="text-align: center;">住 所.....</div> 申請者 氏 名..... ㊟ (自署の場合は押印不要) 電話番号..... ().....		
(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長		

※添付書類により疾病名の確認ができる場合は「医師の意見書」欄の記入を省略できる。

【委任欄】 後期高齢者医療特定疾病療養受療証の受領を次の者に委任します。		
年 月 日		
委任する人	氏 名	㊟ (自署の場合は押印不要)
委任を受ける人	郵便番号	—
	住 所	
	氏 名	
	電話番号	()
委任する人との関係 _____		

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

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年	月 日
	住所	〒 -	
長期入院	該当・非該当		
<p>(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長 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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名 (自署の場合は押印不要) ㊦</p> <p>電話番号</p>			

この欄は長期入院該当者のみ記入してください。		入院日数合計 (日間)	
①	申請日の前1年間の入院日数	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	申請日の前1年間の入院日数	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	申請日の前1年間の入院日数	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	申請日の前1年間の入院日数	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	申請日の前1年間の入院日数	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	

【委任欄】 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の受領を次の者に委任します。	
年 月 日	
委任する人 氏名	㊦ (自署の場合は押印不要)
委任を受ける人 住所	
氏名	(委任する人との関係)
電話番号	

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年	月 日
	住所	〒 —	
<p>(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長 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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名 (自署の場合は押印不要) ㊟</p> <p>電話番号</p>			

【委任欄】 後期高齢者医療限度額適用認定証の受領を次の者に委任します。

年 月 日

委任する人

氏名 ㊟ (自署の場合は押印不要)

委任を受ける人

住所

氏名 (委任する人との関係)

電話番号

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	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	銀 行 ・ 信用金庫 信用組合 ・ 協同組合 労働金庫										本 店	預 金 種 別	普 通 当 座 貯 蓄	
											支 店 出張所 ()			
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
(自署の場合は押印不要)

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
(自署の場合は押印不要)

委任を受ける人 郵便番号 —

住 所

氏 名

委任する人との関係 _____

電話番号 — —

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 _____ (印) TEL _____
(自署の場合は押印不要)

被保険者との続柄 _____

委任状欄

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 〒 -

住所 _____

氏名 _____ TEL _____

委任する方

氏名 _____ (印) TEL _____

(自署の場合は押印不要)

【市町村記入欄】	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。	

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(12 か月分)	④均等割額 (12 か月分)	⑤算出額 ③+④	⑥限度超過額
円	%	円	円	円	円
⑦所得割軽減額 (12 か月分)	均等割 軽減割合	⑧均等割軽減額 (12 か月分)	⑨年保険料額 ⑤-⑥-⑦-⑧	月数	⑩月割減額 ⑨+⑬-⑩-⑭
円		円	円		円

※100 円未満切捨

後期高齢者医療制度に加入する前日において被用者保険の被扶養者であった被保険者については、後期高齢者医療制度に加入した日の属する月から2年を経過する月までのうち、本年度分の保険料算定の基礎が、こちらに表示されます。

⑪均等割額 (12 か月分)	均等割 軽減割合	⑫均等割軽減額 (12 か月分)	⑬年保険料額 ⑪-⑫	月数	⑭月割減額
円		円	円		円

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

所得割額 = 賦課のもととなる所得金額(※1) × 所得割率(※2)
均等割額 = 円(※3) } 確定年保険料
[円(※4) 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 = 前年中の総所得金額等 - 基礎控除額(令和3年度以降は表1、令和2年度以前は一律33万円)

※2 平成29年度以前は7.15%、平成30・31年度は7.40%となります。

※3 平成21年度から平成29年度以前は35,300円、平成30・31年度は36,900円となります。

※4 平成24・25年度は55万円、平成26年度から29年度は57万円、平成30・31年度は62万円となります。

表1

被保険者本人の合計所得金額	基礎控除額
2,400万円以下	43万円
2,400万円超2,450万円以下	29万円
2,450万円超2,500万円以下	15万円
2,500万円超	0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

世帯内の後期高齢者医療制度の被保険者全員と世帯主の総所得金額等の合計額が下表のいずれかに該当する場合、均等割額から次の額が軽減されます。令和3年度から低所得者に対して上乗せ軽減する特例措置は廃止となりました。

均等割軽減額	世帯内の後期高齢者医療制度の被保険者全員と世帯主の総所得金額等の合計額
7割(円)軽減(※5※6)	43万円(※7) + ①以下
5割(円)軽減(※5)	43万円(※7) + (被保険者の数(※8) × 28.5万円(※9)) + ①以下
2割(円)軽減(※5)	43万円 + (被保険者の数(※8) × 52万円(※10)) + ①以下
7割(円)軽減(※5※11)	【令和3年度以降廃止】33万円以下かつ被保険者全員が年金収入80万円以下で他の所得が無い場合

①…令和3年度以降、世帯内に給与所得者等が2人以上のときは次の算式による金額を加える。10万円 × (給与所得者等の数 - 1)

※5 平成21年度から平成29年度は35,300円、平成30・31年度は36,900円にそれぞれの軽減割合を乗じた額が減額されます。

※6 平成31年度以前は8.5割軽減、令和2年度は7.75割軽減となります。 ※7 令和2年度以前は33万円となります。 ※8 平成25年度以前は世帯主を除く被保険者の数となります。

※9 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、平成30年度は27.5万円、平成31年度は28万円となります。

※10 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、平成30年度は50万円、平成31年度は51万円となります。

※11 平成30年度以前は9割軽減、平成31年度は8割軽減、令和2年度は7割軽減、令和3年度以降は廃止となりました。

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、後期高齢者医療制度に加入した日の属する月から2年を経過する月までの間に限り(※12)、均等割から5割(円)が軽減(※13)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。

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。

※12 平成30年度以前は期間の定めなく軽減措置が適用されています。

※13 平成21年度から平成28年度までは9割(31,770円)軽減、平成29年度は7割(24,710円)軽減、平成30・31年度は5割(18,450円)軽減された額となります。

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(12 か月分)	④均等割額 (12 か月分)	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 (12 か月分)	均等割 軽減割合	⑧均等割軽減額 (12 か月分)	⑨年保険料額 ⑤-⑥-⑦-⑧	月数	⑩月割減額	⑪保険料額※ ⑨+⑬-⑩-⑭
変更前	円		円	円		円	円
変更後	円		円	円		円	円

※100 円未満切捨

後期高齢者医療制度に加入する前日において被用者保険の被扶養者であった被保険者については、後期高齢者医療制度に加入した日の属する月から2年を経過する月までのうち、本年度分の保険料算定の基礎が、こちらに表示されます。

	⑪所得割軽減額 (12 か月分)	均等割 軽減割合	⑫均等割軽減額 (12 か月分)	⑬年保険料額 ⑪-⑫	月数	⑭月割減額
変更前	円		円	円		円
変更後	円		円	円		円

裏面もご覧ください

後期高齢者医療保険料額変更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

所得割額 = 賦課のもととなる所得金額 (※1) × 所得割率 (※2) } 確定年保険料
均等割額 = 円 (※3) [円 (※4) 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 = 前年中の総所得金額等 - 基礎控除額 (令和3年度以降は表1、令和2年度以前は一律33万円)

※2 平成29年度以前は7.15%、平成30・31年度は7.40%となります。

※3 平成21年度から平成29年度以前は35,300円、平成30・31年度は36,900円となります。

※4 平成24・25年度は55万円、平成26年度から29年度は57万円、平成30・31年度は62万円となります。

被保険者本人の合計所得金額	基礎控除額
2,400万円以下	43万円
2,400万円超2,450万円以下	29万円
2,450万円超2,500万円以下	15万円
2,500万円超	0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

世帯内の後期高齢者医療制度の被保険者全員と世帯主の総所得金額等の合計額が下表のいずれかに該当する場合、均等割額から次の額が軽減されます。令和3年度から低所得者に対して上乗せ軽減する特例措置は廃止となりました。

均等割軽減額	世帯内の後期高齢者医療制度の被保険者全員と世帯主の総所得金額等の合計額
7割 (円) 軽減 (※5※6)	43万円 (※7) + ① 以下
5割 (円) 軽減 (※5)	43万円 (※7) + (被保険者の数 (※8) × 28.5万円 (※9)) + ① 以下
2割 (円) 軽減 (※5)	43万円 + (被保険者の数 (※8) × 52万円 (※10)) + ① 以下
7割 (円) 軽減 (※5※11)	【令和3年度以降廃止】33万円以下かつ被保険者全員が年金収入80万円以下で他の所得が無い場合

①…令和3年度以降、世帯内に給与所得者等が2人以上のときは次の算式による金額を加える。10万円 × (給与所得者等の数 - 1)

※5 平成21年度から平成29年度は35,300円、平成30・31年度は36,900円にそれぞれの軽減割合を乗じた額が減額されます。

※6 平成31年度以前は8.5割軽減、令和2年度は7.75割軽減となります。 ※7 令和2年度以前は33万円となります。 ※8 平成25年度以前は世帯主を除く被保険者の数となります。

※9 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、平成30年度は27.5万円、平成31年度は28万円となります。

※10 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、平成30年度は50万円、平成31年度は51万円となります。

※11 平成30年度以前は9割軽減、平成31年度は8割軽減、令和2年度は7割軽減、令和3年度以降は廃止となりました。

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、後期高齢者医療制度に加入した日の属する月から2年を経過する月までの間に限り(※12)、均等割から5割(円)が軽減(※13)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。

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。

※12 平成30年度以前は期間の定めなく軽減措置が適用されています。

※13 平成21年度から平成28年度までは9割(31,770円)軽減、平成29年度は7割(24,710円)軽減、平成30・31年度は5割(18,450円)軽減された額となります。

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くても、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

後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所

申請者氏名

㊟

(被保険者との続柄) (自署の場合は押印不要)

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 18 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

フリガナ			
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

後期高齢者医療保険料徴収猶予理由消滅申告書

年 月 日

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

被保険者又は代理人住所 _____

被保険者又は代理人氏名 _____ (印)

(自署の場合は押印不要)

(代理人の場合、本人との関係: _____)

電話 _____ (_____)

年 月 日付け後期高齢者医療保険料徴収猶予決定通知書により後期高齢者医療保険料の徴収猶予を受けていましたが、次のとおり徴収猶予の理由が消滅したので、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18条第3項の規定により申告します。

被保険者氏名		被保険者番号	
申請理由消滅日		年 月 日	

徴収猶予を受けていた納期・保険料額・期間

納 期	保険料額	徴収猶予期間	備 考

【徴収猶予理由消滅の概要】

後期高齢者医療保険料減免申請書

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所

申請者氏名

㊟

(被保険者との関係

) (自署の場合は押印不要)

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 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減免を申請します。

記

1. 被保険者等

フリガナ			
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

後期高齢者医療保険料減免理由消滅申告書

年 月 日

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

被保険者又は代理人住所 _____

被保険者又は代理人氏名 _____ (印)

(自署の場合は押印不要)

(代理人の場合、本人との関係: _____)

電話 _____ (_____)

年 月 日付け後期高齢者医療保険料減免決定通知書により後期高齢者医療保険料の減免を受けていましたが、次のとおり減免の理由が消滅したので、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19条第3項の規定により申告します。

被保険者氏名		被保険者番号	
減免を受けた年度	年度分	減 免 額	円
申請理由消滅日	年 月 日		
【減免理由消滅の概要】			

様

現住所			
氏名	⑩		
生年月日	年	月	日
電話番号			

(自署の場合は押印不要)

年度分 後期高齢者医療簡易申告書

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長
年 月 日提出

この申告書は 年度後期高齢者医療保険料算定等の基礎となります。
様分の

年 1 月 1 日から 年 1 2 月 3 1 日までの 1 年間の収入

年 1 年間に年金等の収入がありましたか?	ある→①へ (非課税年金の場合は③へ)
	ない→④へ

① 所得金額等

所得の種類	㉑ 収入金額	㉒ 必要経費 (専従者給与額・控除額を含む)	㉓ 所得金額(㉑-㉒)	備考
営業等	円	円	円	
農業	円	円	円	
不動産	円	円	円	
専従者控除		円		営業等、農業、不動産の必要経費の内数
給与	円	※		特定支出額がある場合は必要経費に記入
専従者給与	円			給与収入金額の内数(再掲)
年金	円		※	非課税年金の場合は下記③欄に記入してください。
譲渡	円	円	円	下記②欄に必要事項を記入してください。
その他	円	円	円	
	円	円	円	
合計所得金額*		円	所得金額調整控除額*	円

※ 令和 2 年以前は記入不要です。

② 譲渡所得に関する事項

資産の種類 (○印を付してください)	左の資産を取得した年月日	譲渡した年月日	特別控除の特例等
1 土地建物等			交換買換・収用・居住用財産 その他 ()
2 その他の資産			

③ 非課税年金等 (該当する非課税年金の種類を○で囲ってください。)

非課税年金の種類	収入金額
障害年金・遺族年金・傷病年金・各種扶助料・その他 ()	円

④ 収入のなかった場合は、下記の該当する項目等に記入してください。

<input type="checkbox"/> 求職中	<input type="checkbox"/> 扶養されていた	<input type="checkbox"/> 療養中	<input type="checkbox"/> その他 ()
------------------------------	----------------------------------	------------------------------	----------------------------------

(回答、お問い合わせ先)

市町村名
市町村住所
市町村電話番号

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

※太枠線内のみご記入ください。

(枚中 枚目)

フリガナ		個人番号		生年月日		性別	
被保険者氏名							

【1. 振込口座欄】

下記の口座へ振込みを希望します。※振込口座記入欄をご記入ください。

振込口座 記入欄	銀行・信用金庫	本店	種目	口座番号				フリガナ	口座管 理番号
	信用組合・協同組合 労働金庫	支店 出張所 ()		普通 当座 貯蓄					

【2. 申請欄】

【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。支給される高額医療・高額介護合算療養費の受領を下記の人に委任します。

(あて先) (あて先)
 (あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長
高額医療・高額介護合算療養費の支給を申請します。
 自己負担額証明書の交付を申請します。
 年 月 日
 (申請者) 郵便番号 ー
 住 所
 氏 名
 電話番号
 印
 (自署の場合は押印不要)

委任する人 氏 名 印
 (申請者) (自署の場合は押印不要)
 委任を受ける人 郵便番号 ー
 (口座名義人) 住 所
 氏 名
 電話番号
 委任する人との関係

(市町村記入欄) 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	被保険者記号	被保険者番号	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		
	介護保険	39150008	被保険者番号		新潟県後期高齢者医療広域連合		加入期間		
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		保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	
	1				3				
2					市町村確認欄				

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

※太枠線内のみご記入ください。

(枚中 枚目)

フリガナ		個人番号		生年月日		性別	
被保険者氏名							

【1. 振込口座欄】 次の ア か イ のいずれかを選び○で囲み、下の **【2. 申請欄】** をご記入ください。

ア. 後期高齢者医療の で登録済みの口座へ振込みを希望します。※振込口座記入欄は記入不要です。
【登録口座】

※ 個人情報保護のため、口座番号の下3桁を表示していません。

イ. 下記の口座へ振込みを希望します。※振込口座記入欄をご記入ください。

振込口座 記入欄	銀行・信用金庫	本店	種目	口座番号	フリガナ		口座管 理番号
	信用組合・協同組合 労働金庫	支店 出張所 ()	普通 当座 貯蓄		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
高額医療・高額介護合算療養費の支給を申請します。

自己負担額証明書の交付を申請します。

年 月 日

(申請者) 郵便番号 —
 住 所

氏 名 印
 電話番号 (自署の場合は押印不要)

【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。
支給される高額医療・高額介護合算療養費の受領を下記の人に委任します。

委任する人 氏 名 印
 (申請者) (自署の場合は押印不要)

委任を受ける人 郵便番号 —
 (口座名義人) 住 所

氏 名
 電話番号
 委任する人との関係

(市町村記入欄) 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	被保険者記号	被保険者番号	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			
		39150008				新潟県後期高齢者医療広域連合					
	介護保険	保険者番号	被保険者番号			保険者名称		加入期間			
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		保険者名		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号
	1				3						
	2				市町村確認欄						

※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							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 (印) (自署の場合は押印不要)
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 _____ (印) (自署の場合は押印不要)

委任を受ける人(口座名義人)

住所 〒 -
氏名 _____ 委任する人との関係 ()
電話番号

(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	被保険者記号	被保険者番号	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	保険者名		加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号		保険者名		加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
	1				3				
2						保険者確認欄			

新潟県後期高齢者医療 傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用①)

被 保 険 者	被保険者証番号									
	フリガナ								生年月日	年 月 日
	氏名									
	住所									
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 (被保険者) 〒 □□□ — □□□□

住所 _____

氏名 _____ 印 TEL — —

(自署の場合は押印不要)

委任状欄

年 月 日

支給される傷病手当金の受領を下記の者に委任します。

委任する方

氏名 _____ 印 TEL — —

(自署の場合は押印不要)

委任を受ける方

〒 □□□ — □□□□

住所 _____

氏名 _____ TEL — —

委任する方との関係 _____

【保険者記入欄】	支給決定額	円
----------	-------	---

新潟県後期高齢者医療 傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用②)

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	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	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							
② 医療機関の受診日 (①で「受診した」と回答した場合)	年 月 日									
	年 月 日									
	年 月 日									
③ 症状 (期間などを具体的に) (①で「受診していない」と回答した場合)										
④ 療養のために休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	⑤ 左記期間のうち、勤務ができなかった日 (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							
⑥ 上記の療養のために休んだ期間に給与等の支払いを受けましたか。または、今後受けられますか。	1. はい		2. いいえ							
⑦ ⑥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。	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額:円)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							

(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	年 月 日
	上記③～⑦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
	⑥ (自署の場合は押印不要)
担当者氏名	電話番号

新潟県後期高齢者医療 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。

事業主が証明するところ	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も含む）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	
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			日	
		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			日	
		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
	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も含む）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)	
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			日	
		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			日	
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15			日	
	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 2. いいえ	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	賃金計算	締日	日
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。						
支給した賃金の内訳	期間区分	単価 (円)	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	
			(A) 支給額 (円)	(B) 支給額 (円)	(C) 支給額 (円)	
	基本給					
	時給					
	手当					
	手当					
	手当					
	現物給与					
計						
賃金支給総額 (上記 (A) ~ (C) の合計) <input type="text"/> 円						
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。						
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) (自署の場合は押印不要)						
担当者氏名				電話番号		

新潟県後期高齢者医療 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	年		月	日											
	発病年月日	年		月	日				発病の原因										
	労務不能と 認められた期間	年		月	日から														
		年		月	日まで														
	うち、 入院期間	年		月	日から				療養費用の 種別	<input type="checkbox"/> 後期	<input type="checkbox"/> 公費 ()								
		年		月	日まで				転帰	<input type="checkbox"/> 自費	<input type="checkbox"/> その他								
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。																		
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31
年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31
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			年		月	日								
					退院年月日			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																			
上記のとおり相違ありません。											年		月	日					
医療機関の所在地																			
医療機関の名称																			
医師の氏名																			
<input type="checkbox"/> 電話番号 <small>(自署の場合は押印不要)</small>																			

様式第72号の次に次の2様式を加える。

後期高齢者医療障害認定撤回申請書

		申請日	年 月 日
被 保 険 者	被保険者番号		
	フリガナ		
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日生	
	住 所		
<p>高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 8 条第 2 項の規定により障害認定の撤回を申請します。</p> <p style="text-align: right;">住 所 申請者 (居住地)</p> <p style="text-align: right;">氏 名 (自署の場合は押印不要) ⑩</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p>(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長</p>			

※ 以下の欄は記入しないでください。

市町村処理欄	資格喪失年月日	年 月 日
--------	---------	-------

年 月 日

様

新潟県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療資格喪失証明書

下記の内容により、後期高齢者医療制度の資格を喪失したことを証明します。

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
喪 失 理 由	<input type="checkbox"/> 年 月 日付け 後期高齢者医療障害認定撤回申請書 <input type="checkbox"/> 年 月 日付け 後期高齢者医療被保険者資格喪失に係る届書 } に基づく喪失
資格喪失年月日	年 月 日

この証明書はあなたが後期高齢者医療制度の被保険者の資格を喪失した証明になりますので、これから加入される健康保険の保険者から証明等の提示を求められた場合は、速やかにこの通知書を提出していただくようお願いします。詳しくは下記またはこれから加入される健康保険の保険者にお問い合わせください。

なお、70歳以上の方は高齢受給者証の交付を受ける必要があります。また、特定疾病療養受領証を持っていた方は新しい受領証の交付を受ける必要があります。高齢受給者証や特定疾病療養受領証の手続きに関しましてはこれから加入される健康保険の保険者にお問い合わせください。

【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)

〇〇市町村〇〇課
〒000-0000 〇〇市町村××××
電話番号 000-000-0000

附 則

この規程は、令和3年4月1日から施行する。