

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4年3月22日

新潟県後期高齢者医療広域連合長 磯田 達伸



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の賦課資料についての項の次に次のように加える。

所得情報照会書	第31条	様式第57号-2
---------	------	----------

様式第23号、様式第34号、様式第37号、様式第42号及び様式第46号を次のように改める。

第三者行為による傷病届

項 目		内 容	
(被 保 険 者 名 等) 届 出 者	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号	
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	ふりがな 氏名 〒	生年月日 年 月 日 TEL ()
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	届出者との関係	生年月日 年 月 日 TEL ()
(受 診 者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日 住所 / 電話	届出者の情報と同じ場合はチェック <input type="checkbox"/>	ふりがな 氏名 〒
(第 三 者) 加 害 者	氏名 住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒	TEL ()
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃	
	事故発生場所		
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)	
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ふりがな 氏名	
	登録番号 / 車台番号	登録番号	車台番号
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号 第 号
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名	担当部署
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL ()
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名	E-mail
	保険契約者名	ふりがな 氏名	
	住所	〒	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号 第 号
	任意対人一括の有無	有 / 無	
被 害 者 加 入 の 保 険 会 社 の 関 与	関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 担当部署	担当者氏名 TEL ()
	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※治療終了日(見込)については可能な範囲でご記入ください。	① 診療機関名 〒	入院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日 TEL ()
治 療 状 況		② 診療機関名 〒	入院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日 TEL ()
		③ 診療機関名 〒	入院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日 TEL ()
傷病届作成日 / 作成支援の有無		年 月 日	本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック <input type="checkbox"/>

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。

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		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 支 店 出張所 ()	預 金 種 別	普 通 当 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
(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 協同組合 労働金庫	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、令和2・3年度は64万円となります。

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、令和2・3年度は64万円となります。

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

様式第 5 7 号の次に次の 1 様式を加える。

新潟県後期高齢者医療広域連合長
(公印省略)

所得情報照会書 (照会)

当後期高齢者医療保険料の賦課資料等として、下記の者の所得金額等が必要なため、高齢者の医療の確保に関する法律第 138 条第 1 項の規定により照会いたします。ご多忙中恐縮ですが調査の上ご回答くださいますようお願いいたします。

年度		フリガナ 氏名		生年月日	
貴管内住所					
現住所					

(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

所得情報照会書 (回答)

年 月 日

(市区町村名・担当課)

調査NO.		被保険者番号			
貴管内住所					
現住所					
照会先					
年度		フリガナ 氏 名		生年月日	

以下の数字に○がついている項目について、調査した結果を記入してください。

調 査 結 果					
1	「上場株式等譲渡損失繰越控除額」と「特定株式等譲渡損失繰越控除額」について (アまたはイのいずれかに○を記入してください)				
	ア. 「上場株式等譲渡損失繰越控除額」と「特定株式等譲渡損失繰越控除額」は以下のとおり				
	上場株式等譲渡損失繰越控除額	円	特定株式等譲渡損失繰越控除額	円	
	イ. 「上場株式等譲渡損失繰越控除額」と「特定株式等譲渡損失繰越控除額」を分けて管理しているため、情報照会の結果通りで問題ない。				
2	「分離短期譲渡所得額 (特別控除前)」と「特別控除額 (分離短期譲渡所得)」について (それぞれの内訳を記入してください)				
	分離短期譲渡一般所得額	円	特別控除額 (分離短期譲渡一般所得)	円	
	分離短期譲渡軽減所得額	円	特別控除額 (分離短期譲渡軽減所得)	円	
3	「分離長期譲渡所得額 (特別控除前)」と「特別控除額 (分離長期譲渡所得額)」について (それぞれの内訳を記入してください)				
	分離長期譲渡一般所得額	円	特別控除額 (分離長期譲渡一般所得)	円	
	分離長期譲渡特定所得額	円	特別控除額 (分離長期譲渡特定所得)	円	
	分離長期譲渡軽減所得額	円	特別控除額 (分離長期譲渡軽減所得)	円	

※ 上記の項目は、番号法に基づく情報連携で取得することが出来ない情報であることから照会を行うもの。

様式第 6 1 号、様式第 6 1 号- 2 及び様式第 6 6 号を次のように改める。

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	
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	支店		普通							
	労働金庫	出張所	当座							口座 名義人	
		()	貯蓄								

【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 ー
 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 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	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	1	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	
	2				3	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	
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桁を表示しておりません。

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	支店	普通 当座 貯蓄							
	労働金庫	出張所								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 ー
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 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			
		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	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・協同組合 労働金庫	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				

附 則

この規程は、令和4年4月1日から施行する。