

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6年5月17日

新潟県後期高齢者医療広域連合長 磯田 達伸



新潟県後期高齢者医療広域連合訓令第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。

様式第33号及び様式第33号－2を次のように改める。

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

マイナ保険証を利用すれば、本申請の手続きは必要なく、高額療養費制度における限度額を超える一部負担金の支払いが不要となり、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額が減額されます。

マイナ保険証をぜひご利用ください。(長期に入院されている場合、この届出が必要です)

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	〒 ー			
長期入院	該 当 ・ 非 該 当				
(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。 年 月 日					
申請者 住所 氏名 (自署の場合は押印不要) ㊟ 電話番号					

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

マイナ保険証を利用すれば、本申請の手続きは必要なく、高額療養費制度における限度額を超える一部負担金の支払いが不要となります。

マイナ保険証をぜひご利用ください。

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	〒 ー	
(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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 印 (自署の場合は押印不要) 電話番号			

【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

印 (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

附 則

この規程は、令和6年6月1日から施行する。

新	旧																																																																																																																																																					
様式第33号 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 マイナ保険証を利用すれば、本申請の手続きは必要なく、高額療養費制度における限度額を超える一部負担金の支払いが不要となり、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の減額されます。 マイナ保険証をぜひご利用ください。(長期に入院されている場合、この届出が必要です) <table><tr><td>被保険者番号</td><td></td><td>個 人 番 号</td><td></td></tr><tr><td rowspan="4">被 保 険 者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>氏 名</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年 月 日</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="2">〒 ー</td></tr><tr><td>長期入院</td><td colspan="3">該 当 ・ 非 該 当</td></tr><tr><td colspan="4">(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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号 (自署の場合押印不要) 印</td></tr></table> <table><tr><td colspan="2">この欄は長期入院該当者のみ記入してください。</td><td colspan="2">入院日数合計 (日間)</td></tr><tr><td rowspan="3">①</td><td>申請日の前1年間の入院日数</td><td colspan="2">年 月 日～ 年 月 日 (日間)</td></tr><tr><td rowspan="2">入院をした保険医療機関等</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">②</td><td>申請日の前1年間の入院日数</td><td colspan="2">年 月 日～ 年 月 日 (日間)</td></tr><tr><td rowspan="2">入院をした保険医療機関等</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">③</td><td>申請日の前1年間の入院日数</td><td colspan="2">年 月 日～ 年 月 日 (日間)</td></tr><tr><td rowspan="2">入院をした保険医療機関等</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">④</td><td>申請日の前1年間の入院日数</td><td colspan="2">年 月 日～ 年 月 日 (日間)</td></tr><tr><td rowspan="2">入院をした保険医療機関等</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">⑤</td><td>申請日の前1年間の入院日数</td><td colspan="2">年 月 日～ 年 月 日 (日間)</td></tr><tr><td rowspan="2">入院をした保険医療機関等</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr></table> 【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 印 (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	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	〒 ー		長期入院	該 当 ・ 非 該 当			(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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号 (自署の場合押印不要) 印				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		様式第33号 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 <table><tr><td>被保険者番号</td><td></td><td>個 人 番 号</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">被 保 険 者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>氏 名</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年 月 日</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3">〒 ー</td></tr><tr><td>長期入院</td><td colspan="3">該 当 ・ 非 該 当</td></tr><tr><td colspan="4">(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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号 (自署の場合押印不要) 印</td></tr></table> <table><tr><td colspan="2">この欄は長期入院該当者のみ記入してください。</td><td colspan="2">入院日数合計 (日間)</td></tr><tr><td rowspan="3">①</td><td>申請日の前1年間の入院日数</td><td colspan="2">年 月 日～ 年 月 日 (日間)</td></tr><tr><td rowspan="2">入院をした保険医療機関等</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">②</td><td>申請日の前1年間の入院日数</td><td colspan="2">年 月 日～ 年 月 日 (日間)</td></tr><tr><td rowspan="2">入院をした保険医療機関等</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">③</td><td>申請日の前1年間の入院日数</td><td colspan="2">年 月 日～ 年 月 日 (日間)</td></tr><tr><td rowspan="2">入院をした保険医療機関等</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">④</td><td>申請日の前1年間の入院日数</td><td colspan="2">年 月 日～ 年 月 日 (日間)</td></tr><tr><td rowspan="2">入院をした保険医療機関等</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">⑤</td><td>申請日の前1年間の入院日数</td><td colspan="2">年 月 日～ 年 月 日 (日間)</td></tr><tr><td rowspan="2">入院をした保険医療機関等</td><td>名 称</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr></table> 【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 印 (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	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	〒 ー			長期入院	該 当 ・ 非 該 当			(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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号 (自署の場合押印不要) 印				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	
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	〒 ー																																																																																																																																																				
長期入院	該 当 ・ 非 該 当																																																																																																																																																					
(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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号 (自署の場合押印不要) 印																																																																																																																																																						
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																																																																																																																																																				
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	〒 ー																																																																																																																																																					
長期入院	該 当 ・ 非 該 当																																																																																																																																																					
(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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号 (自署の場合押印不要) 印																																																																																																																																																						
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																																																																																																																																																				

新				旧																																																																							
様式第33号-2 後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書 マイナ保険証を利用すれば、本申請の手続きは必要なく、高額療養費制度における限度額を超える一部負担金の支払いが不要となります。 マイナ保険証をぜひご利用ください。 <table><tr><td colspan="2">被保険者番号</td><td></td><td>個 人 番 号</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td rowspan="4">被 保 険 者</td><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>氏 名</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年 月 日</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="3">〒 ー</td></tr><tr><td colspan="4"> (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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 ㊤ 電話番号 (自署の場合は押印不要) </td><td colspan="4"> 様式第33号-2 後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書 <table><tr><td colspan="2">被保険者番号</td><td></td><td>個 人 番 号</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td rowspan="4">被 保 険 者</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>氏 名</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>生年月日</td><td colspan="4">年 月 日</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="4">〒 ー</td></tr><tr><td colspan="6"> (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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 ㊤ 電話番号 (自署の場合は押印不要) </td></tr><tr><td colspan="4"> 【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 </td><td colspan="4"> 【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 </td></tr></table></td></tr></table>				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	〒 ー			(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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 ㊤ 電話番号 (自署の場合は押印不要)				様式第33号-2 後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書 <table><tr><td colspan="2">被保険者番号</td><td></td><td>個 人 番 号</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td rowspan="4">被 保 険 者</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>氏 名</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>生年月日</td><td colspan="4">年 月 日</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="4">〒 ー</td></tr><tr><td colspan="6"> (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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 ㊤ 電話番号 (自署の場合は押印不要) </td></tr><tr><td colspan="4"> 【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 </td><td colspan="4"> 【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 </td></tr></table>				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	〒 ー				(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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 ㊤ 電話番号 (自署の場合は押印不要)						【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				【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			
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	〒 ー																																																																									
(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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 ㊤ 電話番号 (自署の場合は押印不要)				様式第33号-2 後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書 <table><tr><td colspan="2">被保険者番号</td><td></td><td>個 人 番 号</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td rowspan="4">被 保 険 者</td><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>氏 名</td><td colspan="4"></td></tr><tr><td>生年月日</td><td colspan="4">年 月 日</td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="4">〒 ー</td></tr><tr><td colspan="6"> (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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 ㊤ 電話番号 (自署の場合は押印不要) </td></tr><tr><td colspan="4"> 【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 </td><td colspan="4"> 【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 </td></tr></table>				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	〒 ー				(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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 ㊤ 電話番号 (自署の場合は押印不要)						【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				【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																														
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	〒 ー																																																																									
(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。 年 月 日 申請者 住所 氏名 ㊤ 電話番号 (自署の場合は押印不要)																																																																											
【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				【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																																																																							