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11月28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４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。

別表中「

後期高齢者医療被保険者証の返還を求める通知書	第5条	様式第7号

」を「

後期高齢者医療資格確認書の返還を求める通知書	第5条	様式第7号

」に、「

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書	第7条	様式第9号

」を「

後期高齢者医療資格確認書等再交付・再通知申請書	第7条 第7条の3	様式第9号

」に改め、「、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」を削り、「限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書兼」を「長期」に、「第20条第１項」を「第20条第２項」に改め、「後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書」、「第22条の２第１項」及び「様式第33号―２」を削り、同表に次のように加える。

後期高齢者医療特別療養費の支給に係る事前通知書	第17条の2	様式第75号
後期高齢者医療療養の給付等に係る事前通知書	第17条の3	様式第76号
後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書	第20条第1項 第22条の2	様式第77号

様式第３号、様式第５号、様式第７号から様式第９号まで、様式第14号、様式第28号、様式第30号及び様式第33号を次のように改める。

様式第３号

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 ☐ 国民年金証書（　　） ☐ 身体障害者手帳（　　） ☐ 診断書 ☐ 後期高齢者医療認定証明書 ☐ 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】　後期高齢者医療資格確認書・資格情報のお知らせ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

様式第５号

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		マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無	□有　□無

(※)マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（５年毎に更新が必要）が有効であるものに限ります。

資格取得・喪失の区分					
取得	転入	その他増	喪失	転出	その他減
	職権記載	世帯主変更（入）		死亡	世帯主変更（出）
	帰化	世帯合併（入）		職権削除	世帯合併（出）
	回復	世帯分離（入）		社保加入	世帯分離（出）
	社保離脱	世帯変更（入）		国保組合加入	出国
	国保組合離脱	特定活動（　　）		生保開始	資格変更（　　）
	生保廃止				

受領者確認欄	
１．マイナンバーカード	４．在留カード
２．運転免許証	５．旧資格確認書
３．パスポート	６．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】　後期高齢者医療資格確認書・資格情報のお知らせ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

様式第７号

年　　月　　日

様

新潟県後期高齢者医療広域連合長　印

後期高齢者医療資格確認書の返還を求める通知書

高齢者の医療の確保に関する法律第82条１項又は第２項に基づき特別療養費の支給対象者となりましたので、資格確認書を返還してください。

被保険者番号	
氏　　名	

※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。）

【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8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

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。

年　　月　　日

（あて先）　新潟県後期高齢者医療広域連合長

住　所
氏　名　　㊞
（自署の場合は押印不要）

注　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。

様式第９号

後期高齢者医療資格確認書等再交付・再通知申請書

被保険者	被保険者番号														
	個人番号														
	フリガナ										生年月日				
	被保険者 氏　名										年　月　日				
	住　所														

再交付・再通知する証明書等	１．資格確認書 ２．資格確認書（特別療養） ３．特定疾病療養受療証 ４．限度額適用・標準負担額減額認定証 ５．限度額適用認定証 ６．資格情報のお知らせ
申請の理由	１．紛失　　２．破損・汚損　　３．その他（　　）

上記について再交付・再通知申請します。

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】再交付・再通知を受ける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

電話番号　　（　　）

委任する人との関係

※以下の欄は記入しないで下さい。

職員処理欄	交付年月日	年　　月　　日　　交付・郵送
	交付方法	１．窓口交付　　２．郵送交付　　３．その他（　　）
	申請者の身元確認	１．免許証又は公共機関が交付する顔写真付きの手帳等 ２．金融機関の通帳 ３．身元の確認が取れないため郵送交付

様式第14号

年　　月　　日

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、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、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。）

【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28号

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				
被保険者番号		負担割合	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

様式第30号

後期高齢者医療移送費支給申請書

個人番号			
被保険者番号			
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　　㊞

（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

様式第33号

後期高齢者医療長期入院日数届書

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	〒　－	

＜長期入院に関する届出欄＞

入院日数合計（　　日間）			
①	届出日の前１２か月の入院日数	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	届出日の前１２か月の入院日数	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	届出日の前１２か月の入院日数	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	届出日の前１２か月の入院日数	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	届出日の前１２か月の入院日数	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	

（あて先）新潟県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。また、資格確認書を保有し、長期入院被保険者として認定された場合は、長期入院該当日を資格確認書に併記することを希望します。

年　月　日

届出者　住所

氏名

電話番号

被保険者本人との関係

注意事項

・届出者が被保険者又は世帯主でない場合は、委任状が必要です。

・自署である場合は、押印不要です。

様式第33号―２を削る。

様式第37号及び様式第70号を次のように改める。

様式第 37 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
	ﾌﾘｶﾞﾅ
	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　　㊞　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　　㊞　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。	

様式第70号

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	被保険者番号									
	ﾌﾘｶﾞﾅ							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
	ﾌﾘｶﾞﾅ
	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　　㊞　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　　㊞　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

様式第74号の次に次の３様式を加える。

様式第75号

年　　月　　日

様

新潟県後期高齢者医療広域連合長　印

後期高齢者医療特別療養費の支給に係る事前通知書

高齢者の医療の確保に関する法律第82条第１項又は第２項の規定に基づき、下記のとおり、療養の給付等に代えて、特別療養費を支給することとなりますので、同条第３項の規定に基づき、事前に通知します。

１　特別療養費の支給対象者

被保険者番号	
氏　名	
支給申請先	

２　特別療養費の支給開始年月日

年　　月　　日

※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) この処分の取消しの訴え（以下「取消訴訟」は、前期(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、前期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76号

年　　月　　日

様

新潟県後期高齢者医療広域連合長　印

後期高齢者医療療養の給付等に係る事前通知書

高齢者の医療の確保に関する法律第82条第４項の規定に基づき、下記のとおり、療養の給付等を行うこととなりますので、同条第５項の規定に基づき、事前に通知します。

１　療養の給付等を行う対象者

被保険者番号	
氏　名	

２　療養の給付等の開始年月日

年　　月　　日

※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) この処分の取消しの訴え（以下「取消訴訟」は、前期(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、前期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77号

後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書

交付を希望する被保険者	フリガナ 氏　名																生年月日		
被保険者番号																			
個人番号																			
住所																			

申請理由 該当するものに☑してください	□マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない □マイナンバーカードを返納する予定である □介助者等の第三者が被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である □既に資格確認書の交付を受けているが、任意記載事項についても記載したい □その他 ※マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができない事情を具体的に記載ください （ ） ※マイナンバーカードを取得していない方、取得しているが保険証利用登録を行っていない方には、申請によらず資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。
任意記載事項の記載の希望	任意記載事項の記載を希望する（希望するもの全てに☑してください） □自己負担限度額等の適用区分 □特定疾病区分 □任意記載事項の記載を希望しない ※任意記載事項を記載することで、例えば、同一医療機関等において、１箇月につき定められた自己負担限度額の範囲内で療養の給付を受けることができます。 ※「自己負担限度額等の適用区分」とは、自己負担限度額の適用区分又は食事療養標準負担額若しくは生活療養標準負担額の減額の適用区分をいいます。 ※「特定疾病区分」とは、厚生労働大臣が定める特定疾病（人工腎臓を実施する慢性腎不全など）の認定を受けた場合の認定を受けた特定疾病を指す区分（記号で表記）をいいます。

上記のとおり、　資格確認書の交付　・　任意記載事項の併記　を申請します。

申請者

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者本人との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（※代理人が申請する場合は、別途、委任状の添付が必要になります。）

附　則

１　この訓令は、令和６年12月２日から施行する。

２　改正前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に定める様式による用紙の残存するものについては、これを適宜修正して使用することができる。

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　新旧対照表

新

別表

様式の名称	規則事項	様式番号
（略）	（略）	（略）
後期高齢者医療資格確認書の返還を求める通知書	第5条	様式第7号
（略）	（略）	（略）
後期高齢者医療資格確認書等再交付・再通知申請書	第7条 第7条の3	様式第9号
（略）	（略）	（略）
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、高額療養費、葬祭費）不支給、不承認決定通知書	第11条第2項	様式第14号
（略）	（略）	（略）
後期高齢者医療長期入院日数届書	第20条第2項	様式第33号

旧

別表

様式の名称	規則事項	様式番号
（略）	（略）	（略）
後期高齢者医療被保険者証の返還を求める通知書	第5条	様式第7号
（略）	（略）	（略）
後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書	第7条	様式第9号
（略）	（略）	（略）
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	第11条第2項	様式第14号
（略）	（略）	（略）
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	第20条第1項	様式第33号

新			旧		
			後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書	第22条の2第1項	様式第33号―2
（略）	（略）	（略）	（略）	（略）	（略）
後期高齢者医療特別療養費の支給に係る事前通知書	第17条の2	様式第75号			
後期高齢者医療療養の給付等に係る事前通知書	第17条の3	様式第76号			
後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書	第20条第1項 第22条の2	様式第77号			

新

様式第３号

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 ☐ 国民年金証書（　　） ☐ 身体障害者手帳（　　） ☐ 診断書 ☐ 後期高齢者医療認定証明書 ☐ 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】　後期高齢者医療資格確認書・資格情報のお知らせ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

旧

様式第３号

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 ☐ 国民年金証書（　　） ☐ 身体障害者手帳（　　） ☐ 診断書 ☐ 後期高齢者医療認定証明書 ☐ 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

新

様式第５号

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		マイナンバーカード(※)の健康保険証利用登録の有無	□有　□無		

(※)マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（５年毎に更新が必要）が有効であるものに限ります。

資格取得・喪失の区分					
取得	転入	その他増	喪失	転出	その他減
	職権記載	世帯主変更（入）		死亡	世帯主変更（出）
	帰化	世帯合併（入）		職権削除	世帯合併（出）
	回復	世帯分離（入）		社保加入	世帯分離（出）
	社保離脱	世帯変更（入）		国保組合加入	出国
	国保組合離脱	特定活動（　　）		生保開始	資格変更（　　）
	生保廃止				

受領者確認欄	
１．マイナンバーカード	４．在留カード
２．運転免許証	５．旧資格確認書
３．パスポート	６．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】　後期高齢者医療資格確認書・資格情報のお知らせ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

旧

様式第５号

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	その他増	喪失	転出	その他減
	職権記載	世帯主変更（入）		死亡	世帯主変更（出）
	帰化	世帯合併（入）		職権消除	世帯合併（出）
	回復	世帯分離（入）		社保加入	世帯分離（出）
	社保離脱	世帯変更（入）		国保組合加入	出国
	国保組合離脱	特定活動（　　）		生保開始	資格変更（　　）
	生保廃止				

受領者確認欄	
１．運転免許証	４．旧健康保険証
２．パスポート	５．その他（　　）
３．外国人登録証	

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

新	旧

様式第７号

年　　月　　日

様

新潟県後期高齢者医療広域連合長　印

後期高齢者医療資格確認書の返還を求める通知書

高齢者の医療の確保に関する法律第82条１項又は第２項に基づき特別療養費の支給対象者となりましたので、資格確認書を返還してください。

被保険者番号	
氏　　名	

※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。）

【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７号

年　　月　　日

様

新潟県後期高齢者医療広域連合長　印

後期高齢者医療被保険者証の返還を求める通知書

高齢者の医療の確保に関する法律第54条第４項、第５項、第９項に基づき被保険者証の返還対象者となりましたのでお知らせします。

被保険者番号	
氏　　名	

※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。）

【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）

新

様式第8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
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。	

年　月　日

（あて先）　新潟県後期高齢者医療広域連合長

住　所
氏　名　　㊞
（自署の場合は押印不要）

注　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。

旧

様式第8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。		

年　月　日

（あて先）　新潟県後期高齢者医療広域連合長

住　所
氏　名　　㊞
（自署の場合は押印不要）

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。

新

様式第９号

後期高齢者医療資格確認書等再交付・再通知申請書

被保険者	被保険者番号		
	個人番号		
	フリガナ		生 年 月 日
	被保険者 氏　名		年　　月　　日
	住　所		

再交付・再通知する証明書等	１．資格確認書 ２．資格確認書（特別療養） ３．特定疾病療養受療証 ４．限度額適用・標準負担額減額認定証 ５．限度額適用認定証 ６．資格情報のお知らせ
申請の理由	１．紛失　　２．破損・汚損　　３．その他（　　）

上記について再交付・再通知申請します。

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】再交付・再通知を受ける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

電話番号　　（　　）

委任する人との関係

※以下の欄は記入しないで下さい。

職員処理欄	交付年月日	年　　月　　日　　交付・郵送
	交　付　方　法	１．窓口交付　　２．郵送交付　　３．その他（　　）
	申請者の身元確認	１．免許証又は公共機関が交付する顔写真付きの手帳等 ２．金融機関の通帳 ３．身元の確認が取れないため郵送交付

旧

様式第９号

後期高齢者医療　被保険者証等再交付申請書

被保険者	被保険者番号		
	個人番号		
	フリガナ		生 年 月 日
	被保険者 氏　名		年　　月　　日
	住　所		

再交付する証　明　書	１．被保険者証 ２．被保険者資格証明書 ３．特定疾病療養受療証 ４．限度額適用・標準負担額減額認定証 ５．限度額適用認定証
申請の理由	１．紛失　　２．破損・汚損　　３．その他（　　）

上記について再交付申請します。

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】再交付を受ける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

電話番号　　（　　）

委任する人との関係

※以下の欄は記入しないで下さい。

職員処理欄	交付年月日	年　　月　　日　　交付・郵送
	交　付　方　法	１．窓口交付　　２．郵送交付　　３．その他（　　）
	申請者の身元確認	１．免許証又は公共機関が交付する顔写真付きの手帳等 ２．金融機関の通帳 ３．身元の確認が取れないため郵送交付

新

様式第14号

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（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、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、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。）

【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）

旧

様式第14号

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（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。）

【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）

新

様式第28号

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					
被保険者番号			負担割合	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

旧

様式第28号

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

新

様式第30号

後期高齢者医療移送費支給申請書

個人番号			
被保険者番号			
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　㊞
（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

旧

様式第30号

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　㊞
（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

新

様式第33号

後期高齢者医療長期入院日数届書

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	〒　－		

<長期入院に関する届出欄>

入院日数合計（　　日間）			
①	届出日の前１２か月の入院日数	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	届出日の前１２か月の入院日数	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	届出日の前１２か月の入院日数	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	届出日の前１２か月の入院日数	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	届出日の前１２か月の入院日数	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	

（あて先）新潟県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。また、資格確認書を保有し、長期入院被保険者として認定された場合は、長期入院該当日を資格確認書に併記することを希望します。

年　月　日

届出者　住所

氏名

電話番号

被保険者本人との関係

注意事項

・届出者が被保険者又は世帯主でない場合は、委任状が必要です。
・自署である場合は、押印不要です。

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になり、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。（長期ご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	〒　－		
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

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。 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（〒 －） （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 ㊞（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 ㊞（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

新	旧

様式第 37 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						
				ﾌﾘｶﾞﾅ						
				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　　㊞　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　　㊞　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。	

様式第 37 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						
				ﾌﾘｶﾞﾅ						
				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　　㊞　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　　㊞　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。	

新	旧

様式第70号

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	被保険者番号				
	ﾌﾘｶﾞﾅ		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
	ﾌﾘｶﾞﾅ 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　　㊞　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　　㊞　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

様式第70号

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				
	ﾌﾘｶﾞﾅ		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
	ﾌﾘｶﾞﾅ 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　　㊞　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　　㊞　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	旧

様式第75号

年　　月　　日

様

新潟県後期高齢者医療広域連合長　印

後期高齢者医療特別療養費の支給に係る事前通知書

高齢者の医療の確保に関する法律第82条第１項又は第２項の規定に基づき、下記のとおり、療養の給付等に代えて、特別療養費を支給することとなりますので、同条第３項の規定に基づき、事前に通知します。

１　特別療養費の支給対象者

被保険者番号	
氏　名	
支給申請先	

２　特別療養費の支給開始年月日

年　　月　　日

※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) この処分の取消しの訴え（以下「取消訴訟」は、前期(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、前期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）

新	旧

様式第76号

年　　月　　日

様

新潟県後期高齢者医療広域連合長　印

後期高齢者医療療養の給付等に係る事前通知書

高齢者の医療の確保に関する法律第82条第４項の規定に基づき、下記のとおり、療養の給付等を行うこととなりますので、同条第５項の規定に基づき、事前に通知します。

１　療養の給付等を行う対象者

被保険者番号	
氏　名	

２　療養の給付等の開始年月日

年　　月　　日

※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) この処分の取消しの訴え（以下「取消訴訟」は、前期(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、前期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）

新	旧

様式第77号

後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書

交付を希望する被保険者	フリガナ 氏　名											生年月日			
被保険者番号															
個人番号															
住所															

申請理由 該当するものに☑してください	□マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない □マイナンバーカードを返納する予定である □介助者等の第三者が被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である □既に資格確認書の交付を受けているが、任意記載事項についても記載したい □その他 ※マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができない事情を具体的に記載ください （ ） ※マイナンバーカードを取得していない方、取得しているが保険証利用登録を行っていない方には、申請によらず資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。
任意記載事項の記載の希望	任意記載事項の記載を希望する（希望するもの全てに☑してください） □自己負担限度額等の適用区分 □特定疾病区分 □任意記載事項の記載を希望しない ※任意記載事項を記載することで、例えば、同一医療機関等において、１箇月につき定められた自己負担限度額の範囲内で療養の給付を受けることができます。 ※「自己負担限度額等の適用区分」とは、自己負担限度額の適用区分又は食事療養標準負担額若しくは生活療養標準負担額の減額の適用区分をいいます。 ※「特定疾病区分」とは、厚生労働大臣が定める特定疾病（人工腎臓を実施する慢性腎不全など）の認定を受けた場合の認定を受けた特定疾病を指す区分（記号で表記）をいいます。

上記のとおり、　資格確認書の交付　・　任意記載事項の併記　を申請します。

申請者

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者本人との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（※代理人が申請する場合は、別途、委任状の添付が必要になります。）