

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2年4月30日

新潟県後期高齢者医療広域連合長 村山 秀 幸



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。

別表に次のように加える。

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）	第24条の2第1項	様式第70号
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）	第24条の2第1項	様式第70号-2
後期高齢者医療傷病手当金支給申請書 （事業主記入用）	第24条の2第1項	様式第70号-3
後期高齢者医療傷病手当金支給申請書 （医療機関記入用）	第24条の2第1項	様式第70号-4
後期高齢者医療傷病手当金支給決定通知書	第24条の2第2項	様式第71号
後期高齢者医療傷病手当金不支給決定通知書	第24条の2第2項	様式第72号

様式第69号の次に次の様式を加える。

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									
	刀がナ								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			本店	1. 普通			
			信用金庫			支店	2. 当座			
			信用組合			出張所	3. 貯蓄			
			労働金庫							
			農協							
口座番号			口座名義人							
			刀がナ							
			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 _____

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 _____

委任を受ける方

〒 □□□□ - □□□□□□

住所 _____

氏名 _____ 印 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								
①で「受診した」と回答した場合) ② 医療機関の受診日		年 月 日									
		年 月 日									
		年 月 日									
①で「受診していない」と回答した場合) ③ 症状(期間などを具体的に)											
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" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px;"> </td> <td style="width: 30px;"> </td> <td style="width: 30px;"> </td> <td style="width: 30px;"> </td> <td style="width: 30px;"> </td> <td style="width: 30px;"> </td> <td style="width: 30px;"> </td> <td style="width: 30px;"> </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	⑩
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っ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っ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	
	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	
	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っ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	
	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	支払日	1. 当月 2. 翌月	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)															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。																	
上記のとおり相違ないことを証明します。												年 月 日					
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 (印)																	
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															
	労務不能と認められた期間	年	月	日から	発病の原因														
		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	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 繰越	<input type="checkbox"/> 転医								
	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」「治癒内容、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。																			
医療機関の所在地																			
医療機関の名称																			
医師の氏名																			
☎ 電話番号																			

年 月 日

様

新潟県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療給付支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった後期高齢者医療傷病手当金の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 支給金額
4. 支払予定日
5. 支払方法

※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。）

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

〒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

新潟県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療傷病手当金不支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった傷病手当金については、下記の理由により不支給としましたので通知します。

記

被 保 険 者 番 号	
氏 名	
不支給年月日	年 月 日
不支給理由	

※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。）

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

〒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)

附 則

この規程は、公布の日から施行する。