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８年１１月２４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。

様式第６１号及び様式第６１号－２を次のように改める。

（　　枚中　　枚目）　　※太枠内のみご記入ください。

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。

□ 支給申請の簡素化を希望します。

※今後、支給対象となった場合は申請手続きを省略し、指定口座へ振込みます。

振込口座記入欄	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 （　）	種目 普通 当座 貯蓄	口座番号	フリガナ	口座管理番号
					口座名義人	

【2.申請欄】※被保険者についてご記入ください。

（あて先）　市長　（あて先）

（あて先）　新潟県後期高齢者医療広域連合

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

（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へ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（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）　郵便番号

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	被保険者証記号	被保険者証番号	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
				新潟県後期高齢者医療広域連合		令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日
介護保険	保険者番号	被保険者番号		保険者名称		加入期間
						令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日

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			

（　　被保　　被扶）　　添付書類がある場合は○を記入してください。

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。

□ 支給申請の簡素化を希望します。

※今後、支給対象となった場合は申請手続きを省略し、指定口座へ振込みます。

振込口座記入欄	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 （　）	種目 普通 当座 貯蓄	口座番号	フリガナ	口座管理番号
					口座名義人	

【2.申請欄】※被保険者についてご記入ください。

（あて先）　　市長　　（あて先）

（あて先）　新潟県後期高齢者医療広域連合

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

（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へ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（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）　郵便番号

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	被保険者証記号	被保険者証番号	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
					新潟県後期高齢者医療広域連合		令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日
	介護保険	保険者番号	被保険者番号		保険者名称		加入期間
							令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日

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			

附　則

この規程は、令和９年１月４日から施行する。

新

様式第61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

（　　枚中　　枚目）

※太枠線内のみご記入ください。

フリガナ		個人番号		生年月日		
被保険者氏名						

【1.振込口座欄】

□ 支給申請の簡素化を希望します。

※今後、支給対象となった場合は申請手続きを省略し、指定口座へ振込みます。

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 信用組合・労働金庫 労働金庫	本　店 支　店 出張所 （　）	預金種目	口座番号	フリガナ 口座名義人	口座管理番号
			普通 当座 貯蓄			

【2.申請欄】

※被保険者についてご記入ください。

（あて先）　市長　　（あて先）

（あて先）　新潟県後期高齢者医療広域連合

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

（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へ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（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）　郵便番号　　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	
申請期種	1.計算期間末日以降申請（期中死亡・全保適用・海外移住なし）		2.計算期間末日以降申請（期中死亡あり）		3.計算期間末日以前申請（期中全保適用・海外移住あり）		4.死亡・海外移住等計算期間中申請		

負担額情報		保険者番号	被保険者証記号	被保険者番号	続柄	保険者名称	加入期間
	国民健康保険						
	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
					新潟県後期高齢者医療広域連合		令和　年　月　日～令和　年　月　日
	介護保険	保険者番号	被保険者番号		保険者名称		加入期間
							令和　年　月　日～令和　年　月　日

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			

旧

様式第619

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

（　　枚中　　枚目）

※太枠線内のみご記入ください。

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 信用組合・労働金庫 労働金庫	本　店 支　店 出張所 （　）	預金種目	口座番号	フリガナ 口座名義人	口座管理番号
			普通 当座 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　　－

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（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）　郵便番号　　－　　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	
申請期種	1.計算期間末日以降申請（期中死亡・全保適用・海外移住なし）		2.計算期間末日以降申請（期中死亡あり）		3.計算期間末日以前申請（期中全保適用・海外移住あり）		4.死亡・海外移住等計算期間中申請		

負担額情報		保険者番号	被保険者証記号	被保険者番号	続柄	保険者名称	加入期間
	国民健康保険						
	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			

新

様式第61号－3

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

（　　枚中　　枚目）

※太枠線内のみご記入ください。

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。

□ 支給申請の簡素化を希望します。

次回以降、支給対象となった場合は申請手続きを省略し、指定口座へ振込みます。

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 信用組合・協同組合 労働金庫	本店 支店 出張所 （　）	種目 普通 当座 貯蓄	口座番号	フリガナ 口座名義人			口座登録番号

【2.申請欄】※被保険者についてご記入ください。

（あて先）　市長　（あて先）

（あて先）　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

（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へ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（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）　郵便番号　－

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		計算期間の基準及び終期		
申請対象	1.計算期間及び高額介護合算療養費の支給申請（支給申請書あり）				2.計算期間及び高額介護合算療養費の支給申請（支給申請書なし）		3.計算期間及び高額介護合算療養費の支給申請（支給申請書・海外居住者届あり）		4.既に一般所得者等計算期間で申請	
支給申請	国保被保険者	保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	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		
保険者加入期	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					

旧

様式第61号－2

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 信用組合・協同組合 労働金庫	本店 支店 出張所 （　）	種目 普通 当座 貯蓄	口座番号	フリガナ 口座名義人			口座登録番号

【2.申請欄】

（あて先）

（あて先）　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

（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（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）　郵便番号　－

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		計算期間の基準及び終期		
申請対象	1.計算期間及び高額介護合算療養費の支給申請（支給申請書あり）				2.計算期間及び高額介護合算療養費の支給申請（支給申請書なし）		3.計算期間及び高額介護合算療養費の支給申請（支給申請書・海外居住者届あり）		4.既に一般所得者等計算期間で申請	
支給申請	国保被保険者	保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	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		
保険者加入期	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					