

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様式リスト

| 様式番号     | 様式の名称  | 備考      |
|----------|--|---------|
| 様式第1号    | 高齢者の医療の確保に関する法律第99条第2項の被扶養者であった被保険者に該当する旨の証明書交付申請書   |         |
| 様式第2号    | 高齢者の医療の確保に関する法律第99条第2項の被扶養者であった被保険者に該当する旨の証明書  |         |
| 様式第3号    | 後期高齢者医療障害認定申請書   |         |
| 様式第4号    | 後期高齢者医療障害認定申請却下通知書   |         |
| 様式第5号    | 後期高齢者医療被保険者資格に係る届書   |         |
| 様式第6号    | 高齢者の医療の確保に関する法律第55条・第55条の2(病院等に入院、入所又は入居中の被保険者の特例)該当・非該当届書   |         |
| 様式第7号    | 後期高齢者医療被保険者証の返還を求める通知書   |         |
| 様式第8号    | 後期高齢者医療特別の事情(発生)届書   |         |
| 様式第9号    | 後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書  |         |
| 様式第10号   | 後期高齢者医療認定証明書交付申請書  |         |
| 様式第11号   | 後期高齢者医療負担区分等証明書交付申請書   |         |
| 様式第12号   | 後期高齢者医療負担区分等証明書  |         |
| 様式第13号   | 後期高齢者医療基準収入額適用申請書  |         |
| 様式第14号   | 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・標準負担額減額の認定、高額療養費、葬祭費)不支給、不承認決定通知書 |         |
| 様式第15号   | 後期高齢者医療一部負担金減額(免除、徴収猶予)申請書   |         |
| 様式第16号   | 後期高齢者医療一部負担金減額証明書  |         |
| 様式第17号   | 後期高齢者医療一部負担金減額免除証明書  |         |
| 様式第18号   | 後期高齢者医療一部負担金減額徴収猶予証明書  |         |
| 様式第19号   | 後期高齢者医療食事療養標準負担額差額支給申請書  |         |
| 様式第20号   | 後期高齢者医療食事療養標準負担額差額支給決定通知書  | (個人用)   |
| 様式第20号-2 | 後期高齢者医療食事療養標準負担額差額支給決定通知書  | (手書用)   |
| 様式第21号   | 後期高齢者医療生活療養標準負担額差額支給申請書  |         |
| 様式第22号   | 後期高齢者医療生活療養標準負担額差額支給決定通知書  |         |
| 様式第23号   | 後期高齢者医療第三者の行為による被害届  |         |
| 様式第24号   | 後期高齢者医療療養費支給申請書  |         |
| 様式第25号   | 後期高齢者医療診療内容明細書   |         |
| 様式第26号   | 後期高齢者医療領収明細書   |         |
| 様式第27号   | 後期高齢者医療療養費支給決定通知書  | (個人用)   |
| 様式第27号-2 | 後期高齢者医療療養費支給決定通知書  | (手書用)   |
| 様式第27号-3 | 後期高齢者医療療養費支給決定通知書  | (施術者用)  |
| 様式第28号   | 後期高齢者医療特別療養費支給申請書  |         |
| 様式第29号   | 後期高齢者医療特別療養費支給決定通知書  |         |
| 様式第30号   | 後期高齢者医療移送費支給申請書  |         |
| 様式第31号   | 後期高齢者医療移送費支給決定通知書  | (個人用)   |
| 様式第31号-2 | 後期高齢者医療移送費支給決定通知書  | (手書用)   |
| 様式第32号   | 後期高齢者医療特定疾病認定申請書   |         |
| 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申請書  |         |
| 様式第34号   | 後期高齢者医療高額療養費支給申請書  |         |
| 様式第35号   | 後期高齢者医療高額療養費支給決定通知書  | (個人用)   |
| 様式第35号-2 | 後期高齢者医療高額療養費支給決定通知書  | (手書用)   |
| 様式第36号   | 後期高齢者医療高額療養費支給決定明細書  |         |
| 様式第37号   | 後期高齢者医療葬祭費支給申請書  |         |
| 様式第38号   | 後期高齢者医療葬祭費支給決定通知書  | (個人用)   |
| 様式第38号-2 | 後期高齢者医療葬祭費支給決定通知書  | (手書用)   |
| 様式第39号   | 後期高齢者医療給付の一時差止通知書  |         |
| 様式第40号   | 後期高齢者医療給付一時差止解除通知書   |         |
| 様式第41号   | 後期高齢者医療給付の一時差止に係る後期高齢者医療給付からの滞納額控除通知書  |         |
| 様式第42号   | 後期高齢者医療保険料額決定通知書   |         |
| 様式第43号   | 後期高齢者医療仮徴収額決定通知書   |         |
| 様式第44号   | 後期高齢者医療仮徴収額変更決定通知書   |         |
| 様式第45号   | 後期高齢者医療暫定保険料額決定通知書   |         |
| 様式第46号   | 後期高齢者医療保険料額変更決定通知書   |         |
| 様式第47号   | 後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書  |         |
| 様式第48号   | 後期高齢者医療保険料徴収猶予決定通知書  |         |
| 様式第49号   | 後期高齢者医療保険料徴収猶予却下通知書  |         |
| 様式第50号   | 後期高齢者医療保険料徴収猶予取消通知書  |         |
| 様式第51号   | 後期高齢者医療保険料徴収猶予理由消滅申告書  |         |
| 様式第52号   | 後期高齢者医療保険料減免申請書  |         |
| 様式第53号   | 後期高齢者医療保険料減免決定通知書  |         |
| 様式第54号   | 後期高齢者医療保険料減免却下通知書  |         |
| 様式第55号   | 後期高齢者医療保険料減免取消通知書  |         |
| 様式第56号   | 後期高齢者医療保険料減免理由消滅申告書  |         |
| 様式第57号   | 後期高齢者医療の賦課資料について   |         |
| 様式第58号   | 後期高齢者医療簡易申告書   |         |
| 様式第59号   | 後期高齢者医療保険料修正申出書  |         |
| 様式第60号   | 後期高齢者医療保険料修正決定通知書  |         |
| 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  | (口座記入用) |
| 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  | (口座選択用) |
| 様式第62号   | 後期高齢者医療高額介護合算療養費等支給決定通知書   |         |
| 様式第62号-2 | 後期高齢者医療高額介護合算療養費等支給決定通知書   | (手書用)   |
| 様式第63号   | 高額介護合算療養費等不支給決定通知書   |         |
| 様式第64号   | 後期高齢者医療自己負担額証明書  |         |
| 様式第65号   | 後期高齢者医療保険料減免変更決定通知書  |         |

高齢者の医療の確保に関する法律第 99 条第 2 項の被扶養者  
であった被保険者に該当する旨の証明書交付申請書

年 月 日 都（道府県） 市（区町村）

に転出するため、 高齢者の医療の確保に関する法律第 99 条第 2 項の  
被扶養者であった被保険者に該当する旨の証明書 の交付を申請します。

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

㊞

（あて先） 新潟県後期高齢者医療広域連合長

高齢者の医療の確保に関する法律

第99条第2項の被扶養者であった被保険者に該当する旨の証明書  
 による障害認定証明書  
 による特定疾病認定証明書

|                                   |                  |                   |  |
|-----------------------------------|------------------|-------------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者                  | 住<br>所           |                   |  |
|                                   | 氏<br>名           |                   |  |
|                                   | 生<br>年<br>月<br>日 |                   |  |
| 認<br>定<br>(該<br>当)<br>の<br>状<br>況 | 被<br>扶<br>養<br>者 | 被用者保険の被扶養者でなくなった日 |  |
|                                   |                  | 被扶養者であった際の保険者の名称  |  |
|                                   | 障<br>害           | 認定年月日             |  |
|                                   |                  | 障害の程度             |  |
|                                   |                  | 認定の基礎となった書類       |  |
|                                   | 特<br>定<br>疾<br>病 | 認定年月日             |  |
|                                   |                  | 疾病の名称             |  |
|                                   |                  | 認定の基礎となった書類       |  |

上記のとおり、高齢者の医療の確保に関する法律

第99条第2項の被扶養者であった被保険者に該当する  
 第50条第2号の障害認定を行った  
 ことを証明する。  
 施行令第14条第4項の特定疾病認定を行った

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

新潟県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療障害認定申請書

|   |  |        |  |  |  |  |  |    |     |  |  |  |
|---|--|--------|--|--|--|--|--|----|-----|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>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 |  |  |  |  |  | 性別 | 男・女 |  |  |  |
|   | 居住地  |        |  |  |  |  |  |    |     |  |  |  |
| 障害の状況   | 次の書類のとおり<br><input type="checkbox"/> 国民年金証書 ( )<br><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( )<br><input type="checkbox"/> 診断書<br><input type="checkbox"/> 後期高齢者医療認定証明書<br><input type="checkbox"/> 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。<br><br>年 月 日<br><br>申請者 住 所<br><br>氏 名 ⑩<br>電話番号<br><br>(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 ⑩

委任を受ける人 住 所

氏 名 ⑩ (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

新潟県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療障害認定申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 8 条第 1 項に基づく障害認定申請については、下記の理由により却下しましたので通知します。

|       |       |
|-------|-------|
| 氏 名   |       |
| 却下年月日 | 年 月 日 |
| 却下理由  |       |

※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）

## 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    |       | 性 別 | 男・女   | 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<br>得              | 転入<br>職権記載<br>帰化<br>回復<br>社保離脱<br>国保組合離脱<br>生保廃止 | その他増<br>世帯主変更（入）<br>世帯合併（入）<br>世帯分離（入）<br>世帯変更（入）<br>特定活動（ ） | 喪<br>失 | 転出<br>死亡<br>職権消除<br>社保加入<br>国保組合加入<br>生保開始 | その他減<br>世帯主変更（出）<br>世帯合併（出）<br>世帯分離（出）<br>出国<br>資格変更（ ） |

| 受 領 者 確 認 欄                       |                        |
|-----------------------------------|------------------------|
| 1. 運転免許証<br>2. パスポート<br>3. 外国人登録証 | 4. 旧健康保険証<br>5. その他（ ） |

上記のとおり申請します

年 月 日

住 所  
 申請者 氏 名 ⑩  
 電話番号

（あて先） 新潟県後期高齢者医療広域連合長

|   |                    |
|---|--------------------|
| <b>【委任欄】</b> 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 ⑩              |
| 委任を受ける人                                 | 住 所                |
|   | 氏 名 ⑩ （委任する人との関係 ） |
|   | 電話番号               |

高齢者の医療の確保に関する法律第 55 条・第 55 条の 2  
 (病院等に入院、入所又は入居中の被保険者の特例)

該 当  
 届書  
 非該当

|                 |       |  |  |  |  |  |     |     |  |  |  |
|-----------------|-------|--|--|--|--|--|-----|-----|--|--|--|
| 被保険者番号          |       |  |  |  |  |  |     |     |  |  |  |
| 個人番号            |       |  |  |  |  |  |     |     |  |  |  |
| 該当・非該当<br>年 月 日 | 年 月 日 |  |  |  |  |  |     |     |  |  |  |
| 被 保 険 者         | 氏 名   |  |  |  |  |  | 性 別 | 男・女 |  |  |  |
|                 | 住 所   |  |  |  |  |  |     |     |  |  |  |
| 介護保険施設<br>病院等   | 名 称   |  |  |  |  |  |     |     |  |  |  |
|                 | 所在地   |  |  |  |  |  |     |     |  |  |  |

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

該当になった際に当該世帯に属していた世帯の世帯主  
 住 所  
 氏 名  
 電話番号

㊟

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

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）





後期高齢者医療認定証明書交付申請書

年 月 日 都（道府県） 市（区町村）  
に転出するため

（ 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 8 条  
第 1 項の障害認定証明書又は第 6 2 条第 4 項の特定  
疾病認定証明書 ） を申請します。

年 月 日

旧住所

申請者 新住所

氏 名

㊟

被保険者番号 \_\_\_\_\_

（あて先） 新潟県後期高齢者医療広域連合長

【委任欄】 後期高齢者医療認定証明書の受領を次の者に委任します。

年 月 日

委任する人 氏 名 ㊟

委任を受ける人 住 所

氏 名 ㊟

電話番号 ( )

委任する人との関係

後期高齢者医療負担区分等証明書交付申請書

年 月 日 都（道府県） 市（区町村）に転出  
するので本人及び同一世帯に転出する以下の者に係る負担区分等証明書の  
交付を申請します。

被保険者番号 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_

被保険者番号 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_

年 月 日

旧住所

申請者 新住所

氏 名

㊦

（あて先） 新潟県後期高齢者医療広域連合長

【委任欄】 後期高齢者医療負担区分等証明書の受領を次の者に委任します。

年 月 日

委任する人 氏 名 ㊦

委任を受ける人 住 所

氏 名 ㊦

電話番号 ( )

委任する人との関係

後期高齢者医療負担区分等証明書

|   |   |          |       |      |    |                    |
|---|---|----------|-------|------|----|--------------------|
| 1 | 氏名                                      |          |       |      |    |                    |
|   | 該当する負担区分                                | 一定以上負担区分 |       | 減額区分 |    |                    |
|   |   | 基準額以上    | 基準額未満 | 非課税  | 老福 | 基準額以下              |
|   | 前年の 12 月 31 日現在の世帯にいる 0 歳以上 16 歳未満の世帯員  |          |       |      | 人  | 前年の 12 月 31 日現在の続柄 |
|   | 前年の 12 月 31 日現在の世帯にいる 16 歳以上 19 歳未満の世帯員 |          |       |      | 人  |                    |
| 2 | 氏名                                      |          |       |      |    |                    |
|   | 該当する負担区分                                | 一定以上負担区分 |       | 減額区分 |    |                    |
|   |   | 基準額以上    | 基準額未満 | 非課税  | 老福 | 基準額以下              |
|   | 前年の 12 月 31 日現在の世帯にいる 0 歳以上 16 歳未満の世帯員  |          |       |      | 人  | 前年の 12 月 31 日現在の続柄 |
|   | 前年の 12 月 31 日現在の世帯にいる 16 歳以上 19 歳未満の世帯員 |          |       |      | 人  |                    |
| 3 | 氏名                                      |          |       |      |    |                    |
|   | 該当する負担区分                                | 一定以上負担区分 |       | 減額区分 |    |                    |
|   |   | 基準額以上    | 基準額未満 | 非課税  | 老福 | 基準額以下              |
|   | 前年の 12 月 31 日現在の世帯にいる 0 歳以上 16 歳未満の世帯員  |          |       |      | 人  | 前年の 12 月 31 日現在の続柄 |
|   | 前年の 12 月 31 日現在の世帯にいる 16 歳以上 19 歳未満の世帯員 |          |       |      | 人  |                    |
| 4 | 氏名                                      |          |       |      |    |                    |
|   | 該当する負担区分                                | 一定以上負担区分 |       | 減額区分 |    |                    |
|   |   | 基準額以上    | 基準額未満 | 非課税  | 老福 | 基準額以下              |
|   | 前年の 12 月 31 日現在の世帯にいる 0 歳以上 16 歳未満の世帯員  |          |       |      | 人  | 前年の 12 月 31 日現在の続柄 |
|   | 前年の 12 月 31 日現在の世帯にいる 16 歳以上 19 歳未満の世帯員 |          |       |      | 人  |                    |
| 5 | 氏名                                      |          |       |      |    |                    |
|   | 該当する負担区分                                | 一定以上負担区分 |       | 減額区分 |    |                    |
|   |   | 基準額以上    | 基準額未満 | 非課税  | 老福 | 基準額以下              |
|   | 前年の 12 月 31 日現在の世帯にいる 0 歳以上 16 歳未満の世帯員  |          |       |      | 人  | 前年の 12 月 31 日現在の続柄 |
|   | 前年の 12 月 31 日現在の世帯にいる 16 歳以上 19 歳未満の世帯員 |          |       |      | 人  |                    |

上記のとおり負担区分等の判定を行ったことを証明する。

年 月 日

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申請書

|         |  |          |  |
|---------|--|----------|--|
| 届出者名    |  | 被保険者との関係 |  |
| 連絡先電話番号 |  |          |  |

|      |  |  |  |
|------|--|--|--|
| 住所   |  |  |  |
| 電話番号 |  |  |  |

|        |                                   |       |       |   |
|--------|-----------------------------------|-------|-------|---|
| 被保険者番号 |                                   |       |       |   |
| 個人番号   |                                   |       |       |   |
| フリガナ   |                                   |       |       |   |
| 氏名     |                                   |       |       |   |
| 生年月日   | 年 月 日                             | 年 月 日 | 年 月 日 |   |
| 年中の収入  | 公的年金<br>(老齢基礎、老齢厚生、退職共済、老齢、退職年金等) | 円     | 円     | 円 |
|        | 給与<br>(パート収入等含)                   | 円     | 円     | 円 |
|        | 年金・給与以外の収入<br>( )収入               | 円     | 円     | 円 |
|        | 合計                                | 円     | 円     | 円 |

(注)

- ・市区町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人及び同じ世帯におられる後期高齢者医療の被保険者の方、それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。  
※なお、世帯に本人以外の後期高齢者医療の被保険者の方がいない場合であってかつ70歳から74歳の方が世帯内にいる場合には、70歳から74歳の方についても記入してください。
- ・収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入（障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等）は除きます。
- ・公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し、公的年金及び給与収入額が確認できる所得（課税）証明書等を添付してください。  
ただし、1月1日において当市（区町村）に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類は不要です。なお、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入については添付不要です。

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の負担区分判定に係る収入額を申請します。

年 月 日

申請者 氏名 ㊟  
 氏名 ㊟  
 氏名 ㊟

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

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、限度額適用・標準負担額減額の認定、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、限度額適用・標準負担額減額の認定、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 15 号

後期高齢者医療一部負担金減額（免除、徴収猶予）申請書

|         |  |          |  |
|---------|--|----------|--|
| 届出者名    |  | 被保険者との関係 |  |
| 連絡先電話番号 |  |          |  |

|   |             |   |      |
|---|-------------|---|------|
| 被<br>保<br>険<br>者                              | 被 保 険 者 番 号 |   |      |
|   | フリガナ        |   |      |
|   | 氏 名         |   |      |
|   | 生 年 月 日     | 年 | 月 日生 |
|   | 住 所         |   |      |
| 傷 病 名   |             |   |      |
| 発病又は負傷年月日                                     |             | 年 | 月 日  |
| 減 免 等 種 類                                     |             |   |      |
| 申 請 の 理 由                                     |             |   |      |
| 上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療一部負担金減額（免除、徴収猶予）を申請します。 |             |   |      |
| 年 月 日   |             |   |      |
| 申請者 氏名 ㊟                                      |             |   |      |
| (あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長                         |             |   |      |

|   |           |       |  |
|---|-----------|-------|--|
| <b>【委任欄】</b> 後期高齢者医療一部負担金減額（免除、徴収猶予）証明書の受領を次の者に委任します。 |           |       |  |
| 年 月 日   |           |       |  |
| 委任する人   | 氏 名       | ㊟     |  |
| 委任を受ける人   | 郵便番号      | —     |  |
|   | 住 所       |       |  |
|   | 氏 名       | ㊟     |  |
|   | 電話番号      | ( )   |  |
|   | 委任する人との関係 | _____ |  |

後期高齢者医療一部負担金減額証明書

|                  |         |        |
|------------------|---------|--------|
| 被 保 険 者 番 号      |         |        |
| 被<br>保<br>険<br>者 | 住 所     |        |
|                  | 氏 名     |        |
|                  | 生 年 月 日 | 年 月 日生 |
| 減 額              |         |        |
| 有 効 期 間          |         | 自<br>至 |

上記のとおり、後期高齢者医療一部負担金の減額を行っている者であることを証明する。

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

新潟県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療一部負担金免除証明書

|                  |         |            |
|------------------|---------|------------|
| 被 保 険 者 番 号      |         |            |
| 被<br>保<br>険<br>者 | 住 所     |            |
|                  | 氏 名     |            |
|                  | 生 年 月 日 | 年 月 日生     |
| 有 効 期 間          |         | 自<br><br>至 |

上記のとおり、後期高齢者医療一部負担金の免除を行っている者であることを証明する。

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

新潟県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療一部負担金徴収猶予証明書

|                  |         |            |
|------------------|---------|------------|
| 被 保 険 者 番 号      |         |            |
| 被<br>保<br>険<br>者 | 住 所     |            |
|                  | 氏 名     |            |
|                  | 生 年 月 日 | 年 月 日生     |
| 有 効 期 間          |         | 自<br><br>至 |

上記のとおり、後期高齢者医療一部負担金の徴収猶予を行っている者であることを証明する。

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

新潟県後期高齢者医療広域連合長



## 後期高齢者医療食事療養標準負担額差額支給申請書

|        |        |   |   |   |        |  |  |  |  |  |  |
|--------|--------|---|---|---|--------|--|--|--|--|--|--|
| 療養を受けた | 被保険者氏名 |   |   |   |        |  |  |  |  |  |  |
|        | 生年月日   | 年 | 月 | 日 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |
|        | 個人番号   |   |   |   |        |  |  |  |  |  |  |

|                              |                        |   |   |    |   |   |   |    |    |   |       |
|------------------------------|------------------------|---|---|----|---|---|---|----|----|---|-------|
| 診療を受けた医療機関等の名称及び所在地          |                        |   |   |    |   |   |   |    |    |   |       |
| 入院日数                         | 年                      | 月 | 日 | から | 年 | 月 | 日 | まで | 日間 | 食 |       |
| 入院に際して受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額） |                        |   |   |    |   |   |   |    |    | 円 |       |
| 減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由      |                        |   |   |    |   |   |   |    |    |   |       |
| <b>発病又は負傷の理由</b>             | <b>第三者行為（交通事故等）の有無</b> |   |   |    |   |   |   |    |    |   | 有 ・ 無 |

|                                   |                                    |                        |      |        |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------|------|--------|
| 振込先                               | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合<br>労働金庫 | 本店<br>支店<br>出張所<br>( ) | 預金種別 | 普通当座貯蓄 |
| 口座番号等<br><small>左詰記載して下さい</small> |                                    |                        |      |        |
| 口座名義人<br><small>(カタカナ)</small>    |                                    |                        |      |        |

上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療食事療養標準負担額差額支給の申請をします。 年 月 日

新潟県後期高齢者医療広域連合長 あて

申請者（被保険者） 〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 電話番号 \_\_\_\_\_

|      |   |
|------|---|
| 委任状欄 | 後期高齢者医療食事療養標準負担額差額支給の受領を下記の者に委任します。<br><div style="text-align: right;">年 月 日</div> 委任を受ける方<br>〒 _____ 住所 _____<br>氏名 _____ ⑩ 電話番号 _____<br>被保険者との関係 _____ |
|------|---|

|         |  |         |       |
|---------|--|---------|-------|
| 市区町村記載欄 |  |         |       |
| 交付区分    |  | 長期該当年月日 | 年 月 日 |
| 支給申請の額  |  |         |       |

## 後期高齢者医療 療養費支給決定通知書

新潟県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療に係る療養費について、  
決定しましたので、次の口座へお振込み  
いたします。

1. 被保険者番号 \_\_\_\_\_
2. 被保険者氏名 \_\_\_\_\_
3. 対象となる年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 診療
4. 療養費の種類 \_\_\_\_\_ 食事標準負担差額
5. 振込み金額 \_\_\_\_\_ 円
6. 振込み予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
7. 支払方法  
 金融機関名 \_\_\_\_\_  
 金融機関支店名 \_\_\_\_\_  
 口座名義人（カナ） \_\_\_\_\_  
 口座番号 \_\_\_\_\_

※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。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 発行

(差出人)

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

新潟県後期高齢者医療広域連合事務局

業務課 医療給付係

電話 025-285-3222

支給番号

### 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に  
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

〒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

問い合わせ先

新潟県後期高齢者医療広域連合事務局

業務課 医療給付係

電話 025-285-3222

年 月 日

様

新潟県後期高齢者医療広域連合長 

## 後期高齢者医療食事療養標準負担額差額支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった後期高齢者医療食事療養標準負担額の差額支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

なお、決定金額の支払いにつきましては、 にて行います。

## 記

|               |           |
|---------------|-----------|
| 被 保 険 者 氏 名   |           |
| 決 定 金 額       | 円         |
| 支 払 期 日       | 年 月 日 時以降 |
| 支払場所 (現金払いの方) |           |

## ※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)

## 後期高齢者医療生活療養標準負担額差額支給申請書

|        |         |   |   |   |        |  |  |  |  |  |  |
|--------|---------|---|---|---|--------|--|--|--|--|--|--|
| 療養を受けた | 被保険者氏名  |   |   |   |        |  |  |  |  |  |  |
|        | 生 年 月 日 | 年 | 月 | 日 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |
|        | 個人番号    |   |   |   |        |  |  |  |  |  |  |

|                              |                        |   |   |    |   |   |   |    |    |   |              |
|------------------------------|------------------------|---|---|----|---|---|---|----|----|---|--------------|
| 診療を受けた医療機関等の名称及び所在地          |                        |   |   |    |   |   |   |    |    |   |              |
| 入院日数                         | 年                      | 月 | 日 | から | 年 | 月 | 日 | まで | 日間 | 食 |              |
| 入院に際して受けた生活療養に対し支払った額（標準負担額） |                        |   |   |    |   |   |   |    |    | 円 |              |
| 減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由      |                        |   |   |    |   |   |   |    |    |   |              |
| <b>発病又は負傷の理由</b>             | <b>第三者行為（交通事故等）の有無</b> |   |   |    |   |   |   |    |    |   | <b>有 ・ 無</b> |

|                                   |                                     |                            |      |        |
|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|------|--------|
| 振込先                               | 銀 行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合<br>労働金庫 | 本 店<br>支 店<br>出張所<br>(   ) | 預金種別 | 普通当座貯蓄 |
| 口座番号等<br><small>左詰記載して下さい</small> |                                     |                            |      |        |
| 口座名義人<br><small>(カタカナ)</small>    |                                     |                            |      |        |

上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療生活療養標準負担額差額支給の申請をします。 年 月 日

新潟県後期高齢者医療広域連合長 あて

申請者（被保険者） 〒 \_\_\_\_\_ 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩ 電話番号 \_\_\_\_\_

|      |   |
|------|---|
| 委任状欄 | 後期高齢者医療生活療養標準負担額差額支給の受領を下記の者に委任します。<br><div style="text-align: right;">年 月 日</div> 委任を受ける方<br>〒 _____ 住所 _____<br>氏名 _____ ⑩ 電話番号 _____<br>被保険者との関係 _____ |
|------|---|

|             |  |               |       |
|-------------|--|---------------|-------|
| 市区町村記載欄     |  |               |       |
| 交 付 区 分     |  | 長 期 該 当 年 月 日 | 年 月 日 |
| 支 給 申 請 の 額 |  |               |       |

年 月 日

様

新潟県後期高齢者医療広域連合長 

後期高齢者医療生活療養標準負担額差額支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった後期高齢者医療生活療養標準負担額の差額支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

なお、決定金額の支払いにつきましては、にて行います。

記

|               |           |
|---------------|-----------|
| 被 保 険 者 氏 名   |           |
| 決 定 金 額       | 円         |
| 支 払 期 日       | 年 月 日 時以降 |
| 支払場所 (現金払いの方) |           |

※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)

後期高齢者医療 第三者の行為による被害届

|  |                       |              |                  |                     |          |
|--|-----------------------|--------------|------------------|---------------------|----------|
| 被害者  | 被保険者証<br>の 番 号        |              | 被保険者<br>氏 名      | 年 月 日 生             | 後期高齢者    |
| 個人番号   |                       |              |                  |                     |          |
| 加害者  | 住 所                   | 〒            | 氏 名              |                     | 職業<br>電話 |
| 加害者の<br>使用主  | 住 所                   | 〒            | 氏 名              |                     | 職業<br>電話 |
| 発生日時   | 平成 年 月 日              | 時 分頃         | 天候               | 発生場所                |          |
| 事故発生の<br>原因及び<br>状 況   |                       |              |                  |                     |          |
| 傷病及び<br>負傷の程度  |                       |              |                  | 治癒までの<br>見 込 み      | 全治       |
| 医療機関名  | 当 初                   |              | 転 医 後            |                     |          |
| 自動車<br>事故の<br>場合の<br>加害<br>自動車   | 自<br>賠<br>責<br>保<br>険 | 会社名<br>(共済名) |                  | 証明書番号               |          |
|  |                       | 保険期間         | 年 月 日～           | 登録番号<br>(プレート・ナンバー) |          |
|  |                       |              | 年 月 日 カ月         | 車台番号                |          |
|  |                       | 契約者<br>住 所   | 〒                | 氏 名                 |          |
|  | 所有者<br>住 所            | 〒            | 氏 名              |                     |          |
| 任意<br>保<br>険   | 会 社 名<br>(共済名)        |              | 担当者<br>氏 名       | 電 話                 |          |
|  | 証 券 番 号<br>(契約番号)     |              | 保 険 期 間          | 年 月 日～              | 年 月 日 カ月 |
|  | 契 約 者<br>住 所          | 〒            | 氏 名              |                     |          |
| 被 保 険 者 の<br>人 身 傷 害 補 償<br>保 険 に つ い て  | 人身傷害補償保険              |              | 人身傷害補償保険を使用する場合  |                     |          |
|  | 有                     | 無            | 契約保険会社名<br>(共済名) | 担当者氏名               | 電 話      |
| 示談の<br>有 無   | 有                     | 無            | 交渉経過             |                     |          |
| 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 46 条の規定により上記のとおり届け出ます。<br>〒<br>平成 年 月 日 住 所<br>被保険者 氏 名 ⑩<br>新潟県後期高齢者医療広域連合長 あて 電 話 |                       |              |                  |                     |          |

※示談が成立している場合は、示談書の写を添付してください。示談交渉中の場合は、交渉経過を詳細に記入してください。

後期高齢者医療 療養費支給申請書

|        |        |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|--------|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 療養を受けた | 被保険者氏名 |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 生年月日   |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 個人番号   |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |

|      |   |   |      |   |   |   |    |      |    |
|------|---|---|------|---|---|---|----|------|----|
| 診療年月 | 年 | 月 | 療養期間 | 年 | 月 | 日 | から | 入外区分 | 割合 |
| 診療日数 |   | 日 |      | 年 | 月 | 日 | まで |      |    |

|       |           |  |  |  |  |  |  |
|-------|-----------|--|--|--|--|--|--|
| 療養の種類 | 療養に要した費用額 |  |  |  |  |  |  |
|       | 審査認定額     |  |  |  |  |  |  |
|       | 一部負担金     |  |  |  |  |  |  |
|       | 支給金額      |  |  |  |  |  |  |

|                     |  |                 |     |
|---------------------|--|-----------------|-----|
| 傷病名                 |  |                 |     |
| 診療を受けた医療機関等の名称及び所在地 |  |                 |     |
| 発病又は負傷の理由           |  | 第三者行為（交通事故等）の有無 | 有・無 |

|                    |                                    |                        |      |                |
|--------------------|------------------------------------|------------------------|------|----------------|
| 振込先                | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合<br>労働金庫 | 本店<br>支店<br>出張所<br>( ) | 預金種別 | 普通<br>当座<br>貯蓄 |
| 口座番号等<br>左記記載して下さい |                                    |                        |      |                |
| 口座名義人<br>(カタカナ)    |                                    |                        |      |                |

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

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 \_\_\_\_\_ ㊞ 電話番号 \_\_\_\_\_

|      |                             |       |
|------|-----------------------------|-------|
| 委任状欄 | 後期高齢者医療療養費支給の受領を下記の者に委任します。 | 年 月 日 |
|      | 委任を受ける方                     |       |
|      | 〒 _____ 住所 _____            |       |
|      | 氏名 _____ ㊞ 電話番号 _____       |       |
|      | 被保険者との関係 _____              |       |



Form B

様式 B

Itemized Receipt

後期高齢者医療 領収明細書

|      |                                |                   |          |          |
|------|--------------------------------|-------------------|----------|----------|
| (1)  | Fee for Initial Office Visit   | 初 診 料             | \$ _____ |          |
| (2)  | Fee for Follow-up Office Visit | 再 診 料             | \$ _____ |          |
| (3)  | Fee for Home Visit             | 往 診 料             | \$ _____ |          |
| (4)  | Fee for Hospital Visit         | 入 院 管 理 料         | \$ _____ |          |
| (5)  | Hospitalization                | 入 院 費             | \$ _____ |          |
| (6)  | Consultation                   | 診 察 費             | \$ _____ |          |
| (7)  | Operation                      | 手 術 費             | \$ _____ |          |
| (8)  | Professional Nursing           | 職 業 看 護 婦 費       | \$ _____ |          |
| (9)  | X-Ray Examinations             | X 線 検 査 費         | \$ _____ |          |
| (10) | Laboratory Tests               | 諸 検 査 費           | \$ _____ |          |
| (11) | Medicines                      | 医 薬 費             | \$ _____ |          |
| (12) | Surgical Dressing              | 包 帯 費             | \$ _____ |          |
| (13) | Anesthetics                    | 麻 酔 費             | \$ _____ |          |
| (14) | Operating Room Charge          | 手 術 室 費 用         | \$ _____ |          |
| (15) | The Others(Specify)            | そ の 他 ( 特 記 せ よ ) | \$ _____ | \$ _____ |
|      |                                |                   | \$ _____ | \$ _____ |
| (16) | Total                          | 合 計               | \$ _____ | \$ _____ |

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for luxurious room charge.

注 意 : 高級室料等直接治療に関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending physician/Superintendent of Hospital or Clinic.

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_

Address 住所 : Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Date 日付 : \_\_\_\_\_ Signature 署名 : \_\_\_\_\_

**Table of international Classification of Diseases for the use of Social Insurance**  
 社会保険用国際疾病分類表

**I. Infections and Parasitic Diseases** 感染症及び寄生虫症

1. Intestinal infectious diseases  
腸管感染症
2. Tuberculosis  
結核
3. Viral diseases accompanied by exanthem  
発疹を伴うウイルス疾患
4. Viral hepatitis  
ウイルス肝炎
5. Other Viral diseases  
その他のウイルス疾患
6. Syphilis and other venereal diseases  
性病
7. Mycoses  
真菌症
8. Others  
その他の感染症及び寄生虫症

**II. Neoplasm** 新生物

9. Malignant neoplasm of stomach  
胃の悪性新生物
10. Malignant neoplasm of small intestine, colon and rectum  
小腸、結腸及び直腸の悪性新生物
11. Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung  
気管、気管支及び肺の悪性新生物
12. Malignant neoplasm of female breast  
女性乳房の悪性新生物
13. Malignant neoplasm of uterus  
子宮の悪性新生物
14. Leukemia  
白血病
15. Malignant neoplasm of other and unspecified sites  
その他及び部位不明の悪性新生物
16. Other neoplasm  
その他の新生物

**III. Endocrine, Nutritional and Metabolic Diseases and Immunity Disorders** 内分泌、栄養及び代謝疾患並びに免疫障害

17. Disorders of thyroid gland  
甲状腺の疾患
18. Diabetes mellitus  
糖尿病
19. Gout  
痛風
20. Others  
その他の内分泌、栄養及び代謝疾患並びに免疫障害

**IV. Diseases of Blood and Blood Forming Organs**  
血液及び造血器の疾患

21. Anemia  
貧血
22. Others  
その他の血液及び造血器の疾患

**V. Mental Disorders** 精神障害

23. Senile and presenile organic psychotic conditions  
老年期及び初老期の器質性精神病
24. Schizophrenic psychoses  
精神分裂病
25. Affective psychoses  
躁うつ病
26. Other psychoses  
その他の精神病
27. Neurotic disorders  
神経症
28. Alcohol dependence syndrome  
アルコール依存症

29. Other nonpsychotic mental disorders  
その他の非精神病性精神障害
30. Mental retardation  
精神薄弱

**VI. Diseases of the Nervous System and Sense Organs**  
神経系及び感覚器の疾患

31. Disorders of autonomic nervous system  
自律神経障害
32. Infantile cerebral palsy and other paralytic syndromes  
脳性小児麻痺及びその他の麻痺性症候群
33. Epilepsy  
てんかん
34. Other diseases of central nervous system  
その他の中枢神経系の疾患
35. Disorders of peripheral nervous system  
末梢神経系の障害
36. Cataract  
白内障
37. Conjunctivitis  
結膜炎
38. Other disorders of eye  
その他の目の疾患
39. Otitis media  
中耳炎
40. Other disorders of ear  
その他の耳の疾患

**VII. Diseases of the Circulatory system** 循環系の疾患

41. Rheumatic fever and rheumatic heart disease  
リウマチ熱及びリウマチ性心疾患
42. Hypertensive disease  
高血圧性疾患
43. Ischemic heart disease  
虚血性心疾患
44. Other forms of heart disease  
その他の心疾患
45. Subarachnoid and intracerebral hemorrhage  
脳出血
46. Occlusion of precerebral and Cerebral arteries  
脳梗塞
47. Other cerebrovascular disease  
その他の脳血管疾患
48. Atherosclerosis  
じゅく状硬化症
49. Other disorders of circulatory system  
その他の循環系の疾患

**VIII. Diseases of the Respiratory system** 呼吸系の疾患

50. Acute respiratory infections  
急性上気道感染
51. Acute bronchitis and bronchiolitis and bronchitis, not specified as acute or chronic  
急性及び詳細不明の気管支炎
52. Chronic sinusitis  
慢性副鼻腔炎
53. Allergic rhinitis  
アレルギー性鼻炎
54. Pneumonia  
肺炎
55. Influenza  
インフルエンザ
56. Chronic bronchitis  
慢性気管支炎
57. Asthma  
喘息
58. Other diseases of respiratory system  
その他の呼吸系の疾患

**IX. Diseases of the Digestive System** 消化系の疾患

59. Diseases of teeth and supporting structures  
歯及び歯の支持組織の疾患

後期高齢者医療 療養費支給決定通知書

新潟県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療に係る療養費について、  
決定しましたので、次の口座へお振込み  
いたします。

1. 被保険者番号 \_\_\_\_\_
2. 被保険者氏名 \_\_\_\_\_
3. 対象となる年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 診療
4. 療養費の種類 \_\_\_\_\_
5. 振込み金額 \_\_\_\_\_ 円
6. 振込み予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
7. 支払方法  
 金融機関名 \_\_\_\_\_  
 金融機関支店名 \_\_\_\_\_  
 口座名義人（カナ） \_\_\_\_\_  
 口座番号 \_\_\_\_\_

※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。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 発行

(差出人)

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

新潟県後期高齢者医療広域連合事務局

業務課 医療給付係

電話 025-285-3222

支給番号

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に  
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

〒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

問い合わせ先

新潟県後期高齢者医療広域連合事務局

業務課 医療給付係

電話 025-285-3222

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費支給決定通知書

先に申請のありました後期高齢者医療療養費について次のとおり支給額が決定しましたので通知します。

|             |  |
|-------------|--|
| 支 給 決 定 合 計 |  |
|-------------|--|

| 支給種類 | 請求件数 | 請求金額 |
|------|------|------|
|      |      |      |

なお、決定金額の支払いにつきましては、にて行います。

| 受 取 期 日   | 受 取 場 所 (現金払いの方) |
|-----------|------------------|
| 年 月 日 時以降 |                  |

## ※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

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費支給決定通知書

先に申請のありました後期高齢者医療療養費について、下記のとおり支給額が決定しましたので通知します。

|         |  |
|---------|--|
| 支給決定合計額 |  |
|---------|--|

| 支給種類 | 請求件数 | 請求金額 |
|------|------|------|
|      |      |      |

あなたの依頼により、口座振替の手続きをとりました。請求の内訳は別添、支払内訳書を参照して下さい。

○支給期日 . . . . . 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  
〒950-8570  
新潟県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

問い合わせ先  
新潟県後期高齢者医療広域連合  
業務課 医療給付係  
〒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）

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<br>被保険者氏名                                    |                     |  |  |         |                            |             |       | 生年月日                | 年     | 月                 | 日    |       |
| 療養を取り扱った<br>保険医療機関<br>等又は訪問看護<br>ステーションの<br>名称及び所在地 | 名称                  |  |  |         |                            |             |       |                     |       |                   |      |       |
|   | 所在地                 |  |  |         |                            |             |       |                     |       |                   |      |       |
| 傷病名   |                     |  |  |         |                            |             |       |                     |       |                   |      |       |
| 発病又は<br>負傷の原因                                       |                     |  |  |         |                            |             |       | 第三者行為(交通<br>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<br>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<br>信用組合・労働金庫<br>協同組合                       |                     |  |  |         | 本 店<br>支 店<br>出 張 所<br>( ) |             |       |                     |       | 普 通<br>当 座<br>貯 蓄 |      |       |
| 口 座 番 号   |                     |  |  |         |                            | 口 座 名 義 人   |       |                     |       |                   |      |       |
|   |                     |  |  |         |                            | フリガナ<br>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 \_\_\_\_\_ ㊟

連絡先 \_\_\_\_\_

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

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支給決定通知書

年 月 日付で申請のあった後期高齢者医療特別療養費の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

## 記

|               |           |
|---------------|-----------|
| 被 保 険 者 氏 名   |           |
| 決 定 金 額       | 円         |
| 支 払 期 日       | 年 月 日 時以降 |
| 支払場所 (現金払いの方) |           |

## ※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)

## 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<br>信用組合・労働金庫<br>協同組合 |    |  |  |  |       | 本店<br>支店<br>出張所<br>( ) |       |  | 普通<br>当座<br>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 \_\_\_\_\_ (印)

連絡先 \_\_\_\_\_

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療 療養費支給決定通知書

新潟県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療に係る療養費について、決定しましたので、次の口座へお振込みいたします。

- 1. 被保険者番号 \_\_\_\_\_
- 2. 被保険者氏名 \_\_\_\_\_
- 3. 対象となる年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 診療
- 4. 療養費の種類 移送 \_\_\_\_\_
- 5. 振込み金額 \_\_\_\_\_ 円
- 6. 振込み予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 7. 支払方法 \_\_\_\_\_
  - 金融機関名 \_\_\_\_\_
  - 金融機関支店名 \_\_\_\_\_
  - 口座名義人（カナ） \_\_\_\_\_
  - 口座番号 \_\_\_\_\_

※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。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 発行

(差出人)

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

新潟県後期高齢者医療広域連合事務局

業務課 医療給付係

電話 025-285-3222

支給番号

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

〒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

問い合わせ先

新潟県後期高齢者医療広域連合事務局

業務課 医療給付係

電話 025-285-3222

後期高齢者医療移送費支給決定通知書

年 月 日

様

新潟県後期高齢者医療広域連合長 

次のとおり承認しましたので通知します。

|                    |        |                    |           |        |        |
|--------------------|--------|--------------------|-----------|--------|--------|
| 承認番号               | 第 号    | 承認年月日              | 年 月 日     |        |        |
| 養育医療券番号            |        | 交付年月日              | 年 月 日     |        |        |
| 受給者                | 氏名     | 男 ・ 女              | 生年<br>月 日 | 年 月 日  |        |
|                    | 病名     |                    |           |        |        |
| 申請者                | 氏名     |                    | 生年<br>月 日 | 年 月 日  | 本人との続柄 |
|                    | 住所     |                    |           |        |        |
| 承認内容               | 目的     | 入院 看護 退院 通院        | 方 法       | 本人・付添い |        |
|                    | 区間運賃   | 普通運賃(1往復) 円        |           |        |        |
|                    | 期間回数金額 | 年 月 日から<br>年 月 日まで | 回 円       |        |        |
| 指定医療機関名<br>及び担当医師名 |        |                    |           |        |        |

裏面もご覧ください

#### ※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）

## 後期高齢者医療特定疾病認定申請書

|  |   |  |   |   |    |       |  |  |  |  |  |
|--|---|--|---|---|----|-------|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者   | 被保険者番号  |  |   |   |    |       |  |  |  |  |  |
|  | 保 険 者 番 号   |  |   |   |    |       |  |  |  |  |  |
|  | 個 人 番 号   |  |   |   |    |       |  |  |  |  |  |
|  | フリガナ  |  |   |   |    |       |  |  |  |  |  |
|  | 氏 名   |  |   |   |    |       |  |  |  |  |  |
|  | 生 年 月 日   | 年  | 月 | 日 | 性別 | 男 ・ 女 |  |  |  |  |  |
|  | 住 所   |  |   |   |    |       |  |  |  |  |  |
| 疾 病 の 名 称  |   | <input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全<br><input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害<br><input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等 |   |   |    |       |  |  |  |  |  |
| 医<br>師<br>の<br>意<br>見<br>書   | 上記疾病により診療を受けていることを証明します。<br><br><div style="text-align: center;">年      月      日</div><br>療養取扱 医療機関<br>名称 .....<br>所在地 .....<br>医師名 ..... ㊦ |  |   |   |    |       |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療特定疾病療養受療証の交付を申請します。<br><br><div style="text-align: center;">年      月      日</div><br>住 所 .....<br>申請者 氏 名 ..... ㊦<br>電話番号 ..... (      ) .....<br><br>(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長 |   |  |   |   |    |       |  |  |  |  |  |

※添付書類により疾病名の確認ができる場合は「医師の意見書」欄の記入を省略できる。

|  |           |          |   |
|--|-----------|----------|---|
| <b>【委任欄】</b> 後期高齢者医療特定疾病療養受療証の受領を次の者に委任します。<br>年      月      日 |           |          |   |
| 委任する人  | 氏 名       |          | ㊦ |
| 委任を受ける人  | 郵便番号      | —        |   |
|  | 住 所       |          |   |
|  | 氏 名       |          | ㊦ |
|  | 電話番号      | (      ) |   |
|  | 委任する人との関係 | _____    |   |

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

|  |            |        |  |
|--|------------|--------|--|
| 被保険者番号   |            | 個人番号   |  |
| 被<br>保<br>険<br>者   | フリガナ<br>氏名 | 性別 男・女 |  |
|  | 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<br>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・標準負担額の減額を申請します。<br><br>年 月 日<br>申請者 住所<br>氏名 ⑩<br>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 ⑩

委任を受ける人 住所

氏名 ⑩ (委任する人との関係 )

電話番号

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      |  | 性 別                   |  | 電話番号 | — — |  |  |  |  |
| 個人番号      |  |                       |  |      |     |  |  |  |  |
| 発病又は負傷の理由 |  | 第三者行為（交通事故等）の有無 有 ・ 無 |  |      |     |  |  |  |  |

|       |                              |                        |      |      |
|-------|------------------------------|------------------------|------|------|
| 振込先   | 銀行・信用金庫<br>信用組合・協同組合<br>労働金庫 | 本店<br>支店<br>出張所<br>( ) | 預金種別 | 普通座蓄 |
| 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

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

委任を受ける人 郵便番号 —

住 所

氏 名 印

委任する人との関係 \_\_\_\_\_

電話番号 — —

後期高齢者医療 高額療養費支給決定通知書

新潟県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療 高額療養費の支給について、  
次のとおり決定しましたので通知いたします。

1. 被保険者番号 \_\_\_\_\_
  2. 被保険者氏名 \_\_\_\_\_
  3. 対象となる年月 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 診療
  4. 支給金額 \_\_\_\_\_ 円
  5. 支給予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
  6. 支給方法 \_\_\_\_\_
    - 金融機関名 \_\_\_\_\_
    - 金融機関支店名 \_\_\_\_\_
    - 口座名義人（カナ） \_\_\_\_\_
    - 口座番号 \_\_\_\_\_
- ※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。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 発行

(差出人)

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

新潟県後期高齢者医療広域連合事務局

業務課 医療給付係

電話 025-285-3222

支給番号

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

〒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

問い合わせ先

新潟県後期高齢者医療広域連合事務局

業務課 医療給付係

電話 025-285-3222

年 月 日

様

新潟県後期高齢者医療広域連合長 印

## 後期高齢者医療高額療養費支給決定通知書

年 月 日付で申請のあった後期高齢者医療高額療養費の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

なお、決定金額の支払いにつきましては、 にて行います。

## 記

|               |           |
|---------------|-----------|
| 被 保 険 者 氏 名   |           |
| 決 定 金 額       | 円         |
| 支 払 期 日       | 年 月 日 時以降 |
| 支払場所 (現金払いの方) |           |

## ※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)

## 後期高齢者医療高額療養費支給決定明細書

|        |  |
|--------|--|
| 支 払 月  |  |
| 決 定 月  |  |
| 診 療 月  |  |
| 被保険者番号 |  |
| 住 所    |  |
| 氏 名    |  |

|         | 新 規 | 変 更 | 合 計 |
|---------|-----|-----|-----|
| 件 数     |     |     |     |
| レセプト枚数  |     |     |     |
| 費 用 額   |     |     |     |
| 保険者負担   |     |     |     |
| 本人支払額   |     |     |     |
| 未 払 額   |     |     |     |
| 自己負担限度額 |     |     |     |
| 高額療養費   |     |     |     |
| 薬剤一部負担  |     |     |     |
| 他法優先    |     |     |     |
| 地方単独負担  |     |     |     |
| 貸 付 金   |     |     |     |
| 支払済額    |     |     |     |
| 現物給付額   |     |     |     |
| 償還給付額   |     |     |     |
| 決定金額    |     |     |     |

## 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<br>(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<br>信用金庫<br>信用組合<br>労働金庫<br>農 協 | 本店<br>支店<br>出張所 |       |       |  |  | 1. 普通<br>2. 当座<br>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 \_\_\_\_\_ ⑩ TEL — —

被保険者との続柄

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>委任状欄</b>             | 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                 | 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
|                         | 住所 _____  |
|                         | 氏名 _____ ⑩ TEL — —  |
| 委任する方                   | 氏名 _____ ⑩ TEL — —  |

|                            |        |
|----------------------------|--------|
| <b>【市町村記入欄】</b>            | 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。 |        |
|                            |        |

後期高齢者医療 葬祭費支給決定通知書

新潟県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療に係る葬祭費について、  
決定しましたので、次の口座へお振込み  
いたします。

1. 被保険者番号 \_\_\_\_\_
2. 被保険者氏名 \_\_\_\_\_
3. 亡くなった年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
4. 申請者 \_\_\_\_\_
5. 振込み金額 \_\_\_\_\_ 円
6. 振込み予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
7. 支払方法  
 金融機関名 \_\_\_\_\_  
 金融機関支店名 \_\_\_\_\_  
 口座名義人（カナ） \_\_\_\_\_  
 口座番号 \_\_\_\_\_

※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。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 発行

(差出人)

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

新潟県後期高齢者医療広域連合事務局

業務課 医療給付係

電話 025-285-3222

支給番号

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  
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に  
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

〒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

問い合わせ先

新潟県後期高齢者医療広域連合事務局

業務課 医療給付係

電話 025-285-3222

年 月 日

様

新潟県後期高齢者医療広域連合長 

### 後期高齢者医療葬祭費支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった葬祭費の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

なお、決定金額の支払いにつきましては、にて行います。

#### 記

|               |           |
|---------------|-----------|
| 死亡者の氏名        |           |
| 決定金額          | 円         |
| 支払期日          | 年 月 日 時以降 |
| 支払場所 (現金払いの方) |           |

#### ※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)

## 後期高齢者医療給付の一時差止通知書

年 月 日

様

新潟県後期高齢者医療広域連合長 印

|        |  |
|--------|--|
| 被保険者番号 |  |
|--------|--|

年 月 日の申請より、保険給付が発生することになりましたが、あなたの後期高齢者医療保険料は、次のとおり滞納となっています。保険料が滞納のままですと、制度の運営に大きな支障を来すため、高齢者の医療の確保に関する法律（以下「法」）では滞納の方に対し、給付の支払い一時差止の措置が定められています。

したがって、次の期日までに保険料が納付されない場合には、法第92条の第1項又は第2項の規定に基づき、保険給付の支払い一時差止を行うことに決定しますので通知します。

「保険給付の支払い一時差止」とは、保険給付が発生したとき、給付金額の全部について支払いの一時差止を行うものです。

今回、給付の支払い一時差止の対象となる保険給付の金額は、次のとおりです。

|              |   |
|--------------|---|
| 差止の対象となる給付金額 | 円 |
|--------------|---|

## 《保険料滞納の状況》

| 過年度滞納保険料額 | 現年度滞納保険料額 | うち1年6箇月期経過滞納年度・期・額・当該<br>期限（起算日を 年 月 日として） |
|-----------|-----------|--|
| 円         | 円         | 円<br>(別紙内訳書のとおり)                           |

以上の滞納額を 年 月 日までに納付してください。

滞納額は、 年 月 日現在です。行き違いに納入された場合には御了承願います。

この通知により、保険給付の支払一時差止が行われる場合でも、厚生労働省令(以下「政令」という。)で定める特別の事情がある場合には、この措置を中止することになりますので、該当すると思われる方は、速やかに後期高齢者医療被保険者資格証明書を添えて、必要な申請を行ってください。

政令で定める特別な事情とは次のとおりです。

- (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失を受けたこと。
- (5) 前各号に類する事由があったこと。

## ※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）

年 月 日

様

新潟県後期高齢者医療広域連合長 印

### 後期高齢者医療給付一時差止解除通知書

年 月 日受理した後期高齢者医療給付支給申請書に係る支払については、高齢者の医療の確保に関する法律第92条第1項又は第2項の規定により、給付(全部・一部)を差し止めておりましたが、下記の事由により 年 月 日解除いたしましたので通知します。

#### 記

1 解除理由

- (1) 滞納している保険料を完納した又は著しく減少した。
- (2) 災害その他政令で定める特別の事情がある。
- (3) 納付計画に従った納付が誠意を持って履行され、今後も履行されると認められた。
- (4) その他( )

2 一時差し止めていた保険給付の支払額

\_\_\_\_\_ 円

3 支払方法

保険給付支給申請のときに届出のあった金融機関に振り込みます。

なお、金融機関や口座などに変更があった場合は \_\_\_\_\_ 年 月 日までに下記にご連絡ください。

【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

## 後期高齢者医療給付の一時差止に係る後期高齢者医療給付からの滞納額控除通知書

年 月 日付けで申請のありました後期高齢者医療に係る保険給付については、一時差止がなされましたが、なお滞納している後期高齢者医療保険料が納付されていませんので、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（以下「省令」）第75条の規定により、下記のとおり一時差止に係る保険給付の額から滞納している後期高齢者医療保険料を控除しますので通知します。

## 記

- 1 一時差止に係る保険給付の額 円
- 2 控除する滞納額 円

## 当該滞納額に係る納期限

| 年度後期高齢者医療保険料 |     |       | 年度後期高齢者医療保険料 |     |       |
|--------------|-----|-------|--------------|-----|-------|
| 期別           | 滞納額 | 納期限   | 期別           | 滞納額 | 納期限   |
|              | 円   | 年 月 日 |              | 円   | 年 月 日 |
|              | 円   | 年 月 日 |              | 円   | 年 月 日 |
|              | 円   | 年 月 日 |              | 円   | 年 月 日 |
|              | 円   | 年 月 日 |              | 円   | 年 月 日 |
|              | 円   | 年 月 日 |              | 円   | 年 月 日 |
|              | 円   | 年 月 日 |              | 円   | 年 月 日 |
| 計            | 円   |       | 計            | 円   |       |

※ 上記は、年 月 日現在の滞納額です。本通知と行き違いで納付されている場合は、直ちに申し出てください。

- 3 後期高齢者医療保険料を納付することができないことについて、省令第16条及び第73条に定める特別の事情がある場合には、年 月 日までに「特別の事情届書」を提出してください。

## ※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

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<br>①×②      | ④ 均等割額 | ⑤ 算出額<br>③+④ | ⑥ 限度超過額        |
| 円              | %        | 円                  | 円      | 円            | 円              |
| ⑦ 所得割軽減額       | ⑧ 均等割軽減額 | ⑨ 年保険料額<br>⑤-⑥-⑦-⑧ | 月数     | ⑩ 月割減額       | ⑪ 保険料額※<br>⑨-⑩ |
| 円              | 円        | 円                  |        | 円            | 円              |

※100 円未満切捨

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

保険料算出方法は以下のとおりです。

所得割額 = 賦課のもととなる所得金額 (※1) × 所得割率 } 確定年保険料  
均等割額 = 円 } [ 円を限度とする]

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 = 年中の所得 - 基礎控除額 ( 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

同一世帯内の加入者と世帯主の合計所得金額をもとに、均等割額を下表のとおり軽減します。

| 均等割軽減額              | 同一世帯内の加入者とその世帯主の合計所得額                     |
|---------------------|---|
| 9 割 ( 円) 軽減 (※3)    | 3 3 万円以下かつ加入者全員が年金収入 8 0 万円以下で他の所得が無い場合   |
| 8. 5 割 ( 円) 軽減 (※4) | 3 3 万円以下                                  |
| 5 割 ( 円) 軽減         | 3 3 万円 + (加入者の数 (※5) × 2 7. 5 万円 (※6)) 以下 |
| 2 割 ( 円) 軽減         | 3 3 万円 + (加入者の数 × 5 0 万円 (※7)) 以下         |

※3 平成 21 年度以降の保険料に適用されます。

※4 平成 20・21 年度追加軽減措置となります。なお、平成 20 年度は 30, 200 円の軽減となります。

※5 平成 25 年度以前は世帯主を除く加入者の数となります。

※6 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 万円となります。

※7 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 万円となります。

### 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、均等割から 5 割 ( 円) が軽減 (※8) 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。

※8 平成 20 年度分保険料では、4 月から 9 月分まで負担なし、10 月から 3 月分まで 9 割軽減された額となります。

平成 21 年度から平成 28 年度までは 9 割軽減された額、平成 29 年度は 7 割軽減された額となります。

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。

### 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 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



## 後期高齢者医療仮徴収額決定通知書

※ 年度の後期高齢者医療保険料仮徴収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 |             |
| 決定年月日  | 年 月 日 | 決定理由   |             |
|        |       |        | 年度仮徴収額<br>円 |

## 保険料算定の基礎

|        |    |        |
|--------|----|--------|
| 年度保険料額 |    | 年度仮徴収額 |
| 円      | ×一 | 円      |

## 【 年度仮徴収額の計算方法】

年度保険料額（年度途中加入者は1年間加入していたものとみなした保険料額）を6（特別徴収回数。4,6,8,10,12,2月）で割り、100円未満を切り捨てたものに仮徴収回数（※）をかけます。

※4月に特別徴収を開始する場合＝3（4,6,8月）

6月に特別徴収を開始する場合＝2（6,8月）

8月に特別徴収を開始する場合＝1（8月）

裏面もご覧ください

## 後期高齢者医療仮徴収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. 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

〒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  
電話番号 025 (285) 5511 (代表)

【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



## 後期高齢者医療仮徴収額変更決定通知書

年度の後期高齢者医療保険料仮徴収額を変更しましたので通知します。

## 仮徴収額

| 被保険者氏名 | 被保険者番号 | 変更年月日 | 変更理由 | 仮徴収額 |     |
|--------|--------|-------|------|------|-----|
|        |        |       |      | 変更前  | 変更後 |
|        |        |       |      | 円    | 円   |

## 後期高齢者医療仮徴収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. 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

〒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  
電話番号 025 (285) 5511 (代表)

【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



## 後期高齢者医療暫定保険料額決定通知書

※ 年度分の後期高齢者医療暫定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 |               |  |  |  |  |  |  |
| 決定年月日  | 年 | 月 | 日 | 決定理由   | 暫定保険料額を決定したため |  |  |  |  |  |  |
|        |   |   |   | 暫定保険料額 | 円             |  |  |  |  |  |  |

保険料算定の基礎

| 前年度保険料額 |     | 暫定保険料額 |
|---------|-----|--------|
|         | ×—— |        |

※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、年 月 日現在の後期高齢者医療の被保険者に対して賦課されたものです。

## ※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

〒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  
電話番号 025 (285) 5511 (代表)

【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<br>①×②      | ④均等割額 | ⑤算出額<br>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       | ⑧均等割軽減額 | ⑨年保険料額<br>⑤-⑥-⑦-⑧ | 月数    | ⑩月割減額       | ⑪保険料額※<br>⑨-⑩ |
| 変更前 | 円             | 円       | 円                 |       | 円           | 円             |
| 変更後 | 円             | 円       | 円                 |       | 円           | 円             |

※100 円未満切捨

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

保険料算出方法は以下のとおりです。

$$\left. \begin{array}{l} \text{所得割額} = \text{賦課のもととなる所得金額} (\text{※1}) \times \text{所得割率} \\ \text{均等割額} = \text{円} \end{array} \right\} \text{確定年保険料} \\ \text{円} \text{ [円を限度とする]}$$

なお、年度途中に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。

$$\text{※1 賦課のもととなる所得金額} = \text{年中の所得} - \text{基礎控除額} (\text{円})$$

### 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

同一世帯内の加入者と世帯主の合計所得金額をもとに、均等割額を下表のとおり軽減します。

| 均等割軽減額        | 同一世帯内の加入者とその世帯主の合計所得額              |
|---------------|------------------------------------|
| 9割(円)軽減(※3)   | 33万円以下かつ加入者全員が年金収入80万円以下で他の所得が無い場合 |
| 8.5割(円)軽減(※4) | 33万円以下                             |
| 5割(円)軽減       | 33万円 + (加入者の数(※5) × 27.5万円(※6))以下  |
| 2割(円)軽減       | 33万円 + (加入者の数 × 50万円(※7))以下        |

※3 平成21年度以降の保険料に適用されます。

※4 平成20・21年度追加軽減措置となります。なお、平成20年度は30,200円の軽減となります。

※5 平成25年度以前は世帯主を除く加入者の数となります。

※6 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27万円となります。

※7 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49万円となります。

### 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、均等割から5割(円)が軽減(※8)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。

※8 平成20年度分保険料では、4月から9月分まで負担なし、10月から3月分まで9割軽減された額となります。

平成21年度から平成28年度までは9割軽減された額、平成29年度は7割軽減された額となります。

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。

### 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 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

## 後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所

申請者氏名

㊞

(被保険者との続柄 )

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第 18 条第 2 項の規定により次のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療保険料の徴収猶予を申請します。

### 記

1. 被保険者等

|        |  |      |  |
|--------|--|------|--|
| フリガナ   |  |      |  |
| 氏 名    |  |      |  |
| 住 所    |  |      |  |
| 被保険者番号 |  | 電話番号 |  |
| 世帯主氏名  |  |      |  |
| 世帯主住所  |  |      |  |

2. 保険料の額等

| 納 期 | 保険料額 | 徴収猶予期間 | 備 考 |
|-----|------|--------|-----|
|     |      |        |     |
|     |      |        |     |
|     |      |        |     |
|     |      |        |     |
|     |      |        |     |
|     |      |        |     |
|     |      |        |     |
|     |      |        |     |
|     |      |        |     |
| 合 計 |      |        |     |

3. 申請理由

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

様

新潟県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療保険料徴収猶予決定通知書

先に申請がありました 年度分保険料の徴収猶予については、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 |  |  |
|-----------|------|--------|--|--------|--|--|
| 徴収猶予決定年月日 |      |        |  |        |  |  |
| 決定理由      |      |        |  |        |  |  |
| 納 期       | 保険料額 | 徴収猶予期間 |  | 備 考    |  |  |
|           |      |        |  |        |  |  |
|           |      |        |  |        |  |  |
|           |      |        |  |        |  |  |
|           |      |        |  |        |  |  |
|           |      |        |  |        |  |  |
|           |      |        |  |        |  |  |
|           |      |        |  |        |  |  |
|           |      |        |  |        |  |  |
|           |      |        |  |        |  |  |
|           |      |        |  |        |  |  |
|           |      |        |  |        |  |  |
|           |      |        |  |        |  |  |
|           |      |        |  |        |  |  |
| 合 計       |      |        |  |        |  |  |

※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  
 住 所 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



後期高齢者医療保険料徴収猶予却下通知書

先に申請がありました 年度分保険料の徴収猶予については、次のとおり却下しましたので通知します。

| 被保険者氏名    |      |        |    | 被保険者番号 |  |
|-----------|------|--------|----|--------|--|
| 徴収猶予決定年月日 |      |        |    |        |  |
| 却下理由      |      |        |    |        |  |
| 納期        | 保険料額 | 徴収猶予期間 | 備考 |        |  |
|           |      |        |    |        |  |
|           |      |        |    |        |  |
|           |      |        |    |        |  |
|           |      |        |    |        |  |
|           |      |        |    |        |  |
|           |      |        |    |        |  |
|           |      |        |    |        |  |
|           |      |        |    |        |  |
|           |      |        |    |        |  |
|           |      |        |    |        |  |
|           |      |        |    |        |  |
|           |      |        |    |        |  |
|           |      |        |    |        |  |
|           |      |        |    |        |  |
|           |      |        |    |        |  |
|           |      |        |    |        |  |
|           |      |        |    |        |  |
| 合計        |      |        |    |        |  |

※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  
 住 所 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



## 後期高齢者医療保険料徴収猶予取消通知書

先に申請がありました 年度分保険料の徴収猶予については、次のとおり取消しましたので通知します。

|        |  |        |  |
|--------|--|--------|--|
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
|--------|--|--------|--|

|           |       |
|-----------|-------|
| 徴収猶予取消年月日 | 年 月 日 |
| 取 消 理 由   |       |

| 納 期 | 保 険 料 額 | 取消前徴収猶予期間 | 取 消 後 納 期 限 | 備 考 |
|-----|---------|-----------|-------------|-----|
|     |         |           |             |     |
|     |         |           |             |     |
|     |         |           |             |     |
|     |         |           |             |     |
|     |         |           |             |     |
|     |         |           |             |     |
|     |         |           |             |     |
|     |         |           |             |     |
|     |         |           |             |     |
| 合 計 |         |           |             |     |

## ※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）

後期高齢者医療保険料徴収猶予理由消滅申告書

年 月 日

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

被保険者又は代理人住所 \_\_\_\_\_

被保険者又は代理人氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(代理人の場合、本人との関係： \_\_\_\_\_ )

電話 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

年 月 日付け後期高齢者医療保険料徴収猶予決定通知書により後期高齢者医療保険料の徴収猶予を受けていましたが、次のとおり徴収猶予の理由が消滅したので、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第18条第3項の規定により申告します。

|         |  |        |  |
|---------|--|--------|--|
| 被保険者氏名  |  | 被保険者番号 |  |
| 申請理由消滅日 |  | 年 月 日  |  |

徴収猶予を受けていた納期・保険料額・期間

| 納 期 | 保険料額 | 徴収猶予期間 | 備 考 |
|-----|------|--------|-----|
|     |      |        |     |
|     |      |        |     |
|     |      |        |     |
|     |      |        |     |
|     |      |        |     |
|     |      |        |     |
|     |      |        |     |

【徴収猶予理由消滅の概要】

## 後期高齢者医療保険料減免申請書

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所

申請者氏名

印

(被保険者との関係

)

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第 19 条第 2 項の規定により次のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

### 記

#### 1. 被保険者等

|        |  |      |  |
|--------|--|------|--|
| フリガナ   |  |      |  |
| 氏名     |  |      |  |
| 住所     |  |      |  |
| 被保険者番号 |  | 電話番号 |  |
| 世帯主氏名  |  |      |  |
| 世帯主住所  |  |      |  |

#### 2. 保険料の額等

| 納期 | 保険料額 | 納期    | 保険料額 |
|----|------|-------|------|
|    |      |       |      |
|    |      |       |      |
|    |      |       |      |
|    |      |       |      |
|    |      |       |      |
|    |      |       |      |
|    |      | 合計保険料 |      |

#### 3. 申請理由

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

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減免決定通知書

年 月 日付で申請のあった後期高齢者医療保険料減免申請につきましては、次のとおり決定としたので通知します。

| 氏名      | 年度区分   |         | 年度 |
|---------|--------|---------|----|
|         | 被保険者番号 |         |    |
| 決定年月日   | 年 月 日  | 決定減免額   | 円  |
| 減免前保険料額 | 円      | 減免後保険料額 | 円  |
| 減免理由    |        |         |    |
|         |        |         |    |
|         |        |         |    |
|         |        |         |    |
|         |        |         |    |

## ※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

新潟県後期高齢者医療広域連合長 

後期高齢者医療保険料減免却下通知書

年 月 日付で申請のあった後期高齢者医療保険料減免申請につきましては、次のとおり却下としたので通知します。

|             |       |   |             |     |
|-------------|-------|---|-------------|-----|
| 氏 名         |       |   | 年 度 区 分     | 年 度 |
|             |       |   | 被 保 険 者 番 号 |     |
| 決 定 年 月 日   | 年 月 日 |   | 決 定 減 免 額   | 円   |
| 減免前保険料額     |       | 円 | 減免後保険料額     | 円   |
| 減 免 却 下 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

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減免取消通知書

年 月 日付で申請のあった後期高齢者医療保険料減免申請につきましては、次のとおり取消としたので通知します。

| 氏名      | 年度区分   |         | 年度 |
|---------|--------|---------|----|
|         | 被保険者番号 |         |    |
| 決定年月日   | 年 月 日  | 決定減免額   | 円  |
| 減免前保険料額 | 円      | 減免後保険料額 | 円  |
| 減免取消理由  |        |         |    |
|         |        |         |    |
|         |        |         |    |
|         |        |         |    |
|         |        |         |    |

## ※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）

後期高齢者医療保険料減免理由消滅申告書

年 月 日

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

被保険者又は代理人住所 \_\_\_\_\_

被保険者又は代理人氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(代理人の場合、本人との関係： \_\_\_\_\_)

電話 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

年 月 日付け後期高齢者医療保険料減免決定通知書により後期高齢者医療保険料の減免を受けていましたが、次のとおり減免の理由が消滅したので、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第19条第3項の規定により申告します。

| 被保険者氏名      |       | 被保険者番号 |   |
|-------------|-------|--------|---|
| 減免を受けた年度    | 年度分   | 減 免 額  | 円 |
| 申請理由消滅日     | 年 月 日 |        |   |
| 【減免理由消滅の概要】 |       |        |   |

新潟県後期高齢者医療広域連合長  
(公印省略)

後期高齢者医療の賦課資料について (照会)

当後期高齢者医療保険料及び負担区分判定の基礎資料として、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<br>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

後期高齢者医療の賦課資料について (回答)

年 月 日

(あて先) 市町村長

(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<br>氏 名 |   | 生年月日               |                  |                  |                 |  |
| 収入    | 給与               |             | 円 | 他 ( )              |                  | 円                |                 |  |
|       | 専従者給与            |             | 円 | 所得<br>分離<br>譲渡     | 長期               | 特別控除前所得額 円       |                 |  |
|       | 公的年金             |             | 円 |                    |                  | 特別控除額 円 (適用法令 条) |                 |  |
|       | 営業等              |             | 円 |                    | 短期               | 特別控除前所得額 円       |                 |  |
| 農業    |                  | 円           |   |                    | 特別控除額 円 (適用法令 条) |                  |                 |  |
| 所得    | 不動産              |             | 円 | 他 ( )              |                  | 円                |                 |  |
|       | 利子               |             | 円 | 専従者給与 (控除) 額       |                  | 円                |                 |  |
|       | 配当               |             | 円 | 繰越損失控除額            |                  | 純損 円             | 雑損 円            |  |
|       | 給与               |             | 円 | 市区<br>町村<br>民<br>税 | 課税者              | 所得割額 円           |                 |  |
|       | 雑 (年金+その他)       |             | 円 |                    |                  | 均等割額 円           |                 |  |
|       | 一時 (特別控除後 1/2 前) |             | 円 |                    |                  | 住民税課税標準額 円       |                 |  |
|       | 総合譲渡 (特別控除後)     | 長期 (1/2 前)  |   |                    | 円                | 非課税者<br>(番号に○)   | 1 上記(別紙)のとおり申告有 |  |
|       |                  | 短期          |   | 円                  | 2 未申告            |                  |                 |  |
|       | 賦課期日後転入者の前住所     |             |   |                    |                  |                  |                 |  |
|       |                  |             |   |                    | 3 被扶養者           |                  | 4 該当なし          |  |

様

|      |         |   |      |
|------|---------|---|------|
| 現住所  |         |   |      |
| 氏名   | ⑩       |   |      |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 日生 |
| 電話番号 | -       | - |      |

新潟県後期高齢者医療広域連合長 宛  
 この申告書は 年度後期高齢者医療保険料算定等の基礎となります。

様分の  
 年 1 月 1 日から 年 1 2 月 3 1 日までの 1 年間の収入

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| 年の 1 年間に年金等の収入がありましたか？ | ある→①へ (非課税年金の場合は③へ) |
|                        | ない→④へ               |

① 所得金額等

| 所得の種類     | ㉑ 収入金額 | ㉒ 必要経費<br>(専従者給与額・控除額を含む) | ㉓ 所得金額(㉑-㉒) | 備考                           |
|-----------|--------|---------------------------|-------------|------------------------------|
| 営業等       | 円      | 円                         | 円           |                              |
| 農業        | 円      | 円                         | 円           |                              |
| 不動産       | 円      | 円                         | 円           |                              |
| 専従者<br>控除 |        | 円                         |             | ※営業、農業、不動産の<br>必要経費の内数       |
| 給与        | 円      |                           |             |                              |
| 専従者<br>給与 | 円      |                           |             | ※給与収入金額の内数<br>(再掲)           |
| 年金        | 円      |                           |             | ※非課税年金の場合は下記<br>③欄に記入してください。 |
| 譲渡        | 円      | 円                         | 円           | ※下記②欄に必要事項を記<br>入してください。     |
| その他       | 円      | 円                         | 円           |                              |
|           | 円      | 円                         | 円           |                              |

② 譲渡所得に関する事項

| 資産の種類<br>(○印を付してください) | 左の資産を取得した年月日 | 譲渡した年月日 | 特別控除の特例等                 |
|-----------------------|--------------|---------|--------------------------|
| 1 土地建物等               |              |         | 交換買換・収用・居住用財産<br>その他 ( ) |
| 2 その他の資産              |              |         |                          |

③ 非課税年金等 (該当する非課税年金の種類を○で囲ってください。)

| 非課税年金の種類                        | 収入金額 |
|---------------------------------|------|
| 障害年金・遺族年金・傷病年金・各種扶助料<br>その他 ( ) | 円    |

④ 収入のなかった場合は、下記の該当する項目等に記入してください。

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 扶養されていた <input type="checkbox"/> 療養中 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|---|

(回答、問い合わせ先)

市町村名  
 市町村郵便番号  
 市町村住所  
 市町村電話番号



(裏面)

## 後期高齢者医療保険料額修正調査書

調査年月日                      年    月    日                      調査員氏名 \_\_\_\_\_

### 1. 保険料修正の申出の確認

今年度保険料の見積額の算定

|                         |                                   |   |   |
|-------------------------|-----------------------------------|---|---|
| 所得割額                    | 円 ×    % =                        | A | 円 |
| 均等割額                    | 円                                 | B | 円 |
| 限度超過額                   | 賦課限度額                      円を超える額 | C | 円 |
| 均等割軽減額                  | 軽減の額                              | D | 円 |
| 端数                      | 100円未満の端数                         | E | 円 |
| 月割減額                    | 被保険者の異動に係る月割減額                    | F | 円 |
| 今年度保険料の見積額(A+B-C-D-E-F) |                                   |   | 円 |

※被扶養者であった被保険者の場合、A欄について留意願います。

|                 |               |
|-----------------|---------------|
| 今年度の保険料見積額(年額)① | 前年度の保険料額(年額)② |
| 円               | 円             |

当該年度分の保険料見積額①                      円は、前年度の保険料額②                      円の  
2分の1未満であるから、申出について相当の理由があることを認める。

### 2. 暫定賦課額の修正

暫定賦課額の修正

|            |   |   |                            |
|------------|---|---|----------------------------|
| 今年度保険料の見積額 | G | 円 | $\times 1/12 \times 3 = H$ |
| 修正後の暫定保険料額 | H | 円 | ※1/12を乗じた際に100円未満切捨        |

(参考) 期別保険料額の修正

| 納める月 | 変更前 | 変更後 |
|------|-----|-----|
| 4月   | 円   | 円   |
| 5月   | 円   | 円   |
| 6月   | 円   | 円   |
| 合計   | 円   | 円   |

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（暫定賦課額）修正決定通知書

年 月 日付けで修正の申出のあった後期高齢者医療保険料（暫定賦課額）について、下記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 |    |
| 決定年月日  | 年 月 日 | 年度区分   | 年度 |
| 決定理由   |       |        |    |

## 暫定賦課額

| 変更前暫定賦課額（円） | 変更後暫定賦課額（円） |
|-------------|-------------|
|             |             |

## ※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）

# 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 |  | 性別 |  |
| 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<br>記入欄 | 銀行・信用金庫<br>信用組合・協同組合<br>労働金庫 | 本店<br>支店<br>出張所<br>( ) | 種目             | 口座番号 |  |  |  |  | フリガナ         | 口座管<br>理番号 |
|-------------|------------------------------|------------------------|----------------|------|--|--|--|--|--------------|------------|
|             |                              |                        | 普通<br>当座<br>貯蓄 |      |  |  |  |  | 口 座<br>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

電話番号

印

## 【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)

委任を受ける人 郵便番号 ー

(口座名義人) 住 所

氏 名 印

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<br>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<br>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<br>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 |                |                                 |                 |                    |

## 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 |  | 性別 |  |
| 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桁を表示していません。

**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<br>記入欄 | 銀行・信用金庫           | 本店               | 種目             | 口座番号 | フリガナ         |  | 口座管<br>理番号 |
|             | 信用組合・協同組合<br>労働金庫 | 支店<br>出張所<br>( ) | 普通<br>当座<br>貯蓄 |      | 口 座<br>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 —

住 所

氏 名

電話番号

印

**【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)

委任を受ける人 郵便番号 —

(口座名義人) 住 所

氏 名 印

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<br>情報   | 国民健康<br>保険                         | 被保険者番号          | 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<br>者医療                        | 被保険者番号          | 被保険者番号  |                          |        | 広域連合名称                | 加入期間                            |             |                    |
|            |                                    | <b>39150008</b> |         |                          |        | <b>新潟県後期高齢者医療広域連合</b> |                                 |             |                    |
|            | 介護保険                               | 被保険者番号          | 被保険者番号  |                          |        | 保険者名称                 | 加入期間                            |             |                    |
| 保険者<br>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          |        | 3                     | 保険者名                            | 加入期間        | 添付の自己負担額証明書整理番号    |
|            | 2                                  |                 |         |                          |        | 市町村確認欄                |                                 |             |                    |

後期高齢者医療 高額介護合算療養費  
支給決定通知書

新潟県後期高齢者医療広域連合長



高額介護合算療養費について、決定しましたので、次の口座へお振込みいたします。

- 1. 被保険者番号 \_\_\_\_\_
- 2. 被保険者氏名 \_\_\_\_\_
- 3. 計算対象期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月
- 4. 振込み金額 \_\_\_\_\_ 円
- 5. 振込み予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 6. 支払方法 \_\_\_\_\_
  - 金融機関名 \_\_\_\_\_
  - 金融機関支店名 \_\_\_\_\_
  - 口座名義人（カナ） \_\_\_\_\_
  - 口座番号 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 発行

(差出人)

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

新潟県後期高齢者医療広域連合事務局

業務課 医療給付係

電話 025-285-3222

支給番号

※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。

※今回の振込は「医療分」です。「介護分」について  
は、およそ2ヶ月後に市町村から振込まれます。

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（取消）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

〒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

問い合わせ先

新潟県後期高齢者医療広域連合事務局

業務課 医療給付係

電話 025-285-3222

様

新潟県後期高齢者医療広域連合長 印

## 後期高齢者医療 高額介護合算療養費支給決定通知書

後期高齢者医療に係る高額介護合算療養費について、下記のとおり決定しましたので通知します。

なお、決定金額の支払いにつきましては、 にて行います。

## 記

|              |           |
|--------------|-----------|
| 被 保 険 者 氏 名  |           |
| 決 定 金 額      | 円         |
| 支 払 期 日      | 年 月 日 時以降 |
| 支払場所(現金払いの方) |           |

## ※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63号  
高額介護合算療養費（後期高齢者医療分）  
について

新潟県後期高齢者医療広域連合長

印

日ごろより、後期高齢者医療制度にご理解を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、先に申請いただきました高額介護合算療養費等支給申請につきまして、世帯で負担されました「医療費」と「介護サービス」の合計額から支給額（自己負担額を超えた額）の計算をした結果、「医療費」分の支払いがありませんでしたので通知いたします。

年 月 日 発行

1. 被保険者番号 \_\_\_\_\_
2. 被保険者氏名 \_\_\_\_\_
3. 計算対象期間 \_\_\_\_\_年 月～ \_\_\_\_\_年 月
4. 支払いがない理由 \_\_\_\_\_

(差出人)

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

新潟県後期高齢者医療広域連合事務局

業務課 医療給付係

電話 025-285-3222

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

〒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

問い合わせ先

新潟県後期高齢者医療広域連合事務局

業務課 医療給付係

電話 025-285-3222

様

新潟県後期高齢者医療広域連合長

印

後期高齢者医療 自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

|                    |       |        |       |
|--------------------|-------|--------|-------|
| フリガナ               |       |        |       |
| 氏名                 |       |        |       |
| 生年月日               |       | 性別     |       |
| 自己負担額証明書整理番号       |       |        |       |
| 保険者番号              |       | 証明対象年度 |       |
| 被保険者番号             |       |        |       |
| 対象となる計算期間          | 年 月 日 | ～      | 年 月 日 |
| 計算期間において被保険者であった期間 | 年 月 日 | ～      | 年 月 日 |
| 診療年月               | 自己負担額 | 摘要     |       |
|                    |       |        |       |
|                    |       |        |       |
|                    |       |        |       |
|                    |       |        |       |
|                    |       |        |       |
|                    |       |        |       |
|                    |       |        |       |
|                    |       |        |       |
|                    |       |        |       |
|                    |       |        |       |
|                    |       |        |       |
|                    |       |        |       |
|                    |       |        |       |
|                    |       |        |       |
| 計                  |       |        |       |

◆計算結果送付先

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減免変更決定通知書

年 月 日付で申請のあった後期高齢者医療保険料減免申請につきましては、次のとおり変更としたので通知します。

| 氏名    | 年度区分    |       | 年度      |
|-------|---------|-------|---------|
| 決定年月日 | 被保険者番号  |       |         |
|       | 減免前保険料額 | 決定減免額 | 減免後保険料額 |
| 変更前   |         |       |         |
| 変更後   |         |       |         |
| 変更理由  |         |       |         |
|       |         |       |         |
|       |         |       |         |
|       |         |       |         |
|       |         |       |         |

## ※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）