

埼玉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

平成21年10月26日

規則第6号

埼玉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（平成20年広域連合規則第10号）の全部を改正する。

目次

第1章 総則（第1条）

第2章 被保険者（第2条―第10条）

第3章 後期高齢者医療給付（第11条―第32条の3）

第4章 保険料（第33条―第37条）

第5章 雑則（第38条・第39条）

附則

第1章 総則

（趣旨）

第1条 この規則は、埼玉県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が行う後期高齢者医療について、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）、高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成19年政令第318号。以下「施行令」という。）、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（平成19年厚生労働省令第129号。以下「施行規則」という。）及び埼玉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（平成19年広域連合条例第24号。以下「条例」という。）に定めがあるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

第2章 被保険者

（障害認定の申請）

第2条 施行規則第8条第1項の規定による障害認定の申請は、後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得（変更・喪失）届書（様式第1号）により行うものとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、施行令

別表に定める程度の障害の状態にあると認めたときは、被保険者証を当該申請者に交付する。

- 3 広域連合長は、第1項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、施行令別表に定める程度の障害の状態にないと認めたときは、後期高齢者医療障害認定申請却下通知書（様式第2号）により当該申請者に通知するものとする。

（障害認定の申請の撤回）

第3条 障害認定の申請をした者が、施行規則第8条第2項の規定により申請の撤回をしようとするときは、後期高齢者医療障害認定申請撤回申請書（様式第3号）に被保険者証又は被保険者資格証明書を添えて、広域連合長に提出しなければならない。

- 2 広域連合長は、前項の申請書を受理したときは、後期高齢者医療被保険者資格喪失証明書（様式第4号）を当該申請者に交付する。

（被保険者の資格に係る届出）

第4条 次に掲げる届出は、後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得（変更・喪失）届書により行うものとする。

- （1） 施行規則第10条及び第11条の規定による資格取得の届出
- （2） 施行規則第22条の規定による氏名変更の届出
- （3） 施行規則第23条の規定による住所変更の届出
- （4） 施行規則第23条の2の規定による個人番号変更の届出
- （5） 施行規則第24条の規定による世帯変更の届出
- （6） 施行規則第25条の規定による障害状態不該当の届出
- （7） 施行規則第26条の規定による資格喪失の届出

（病院等に入院、入所又は入居中の者に関する届出）

第5条 施行規則第12条の規定による病院等に入院、入所又は入居中の者に関する届出は、後期高齢者医療住所地特例適用（変更・終了）届書（様式第5号）により行うものとする。

（被保険者証の返還）

第6条 施行規則第15条第1項の規定による被保険者証の返還を求める旨の通知は、後期高齢者医療被保険者証の返還通知書（様式第6号）により行うものとする。

（特別の事情に関する届出）

第7条 施行規則第16条第1項及び第2項の規定による特別の事情に関する届出は、後期高齢者医療特別の事情に関する届書（様式第7号）により行うものとする。

（被保険者証及び被保険者資格証明書の再交付）

第8条 施行規則第19条第1項（施行規則第21条において準用する場合を除く。）の規定による被保険者証の再交付の申請は、後期高齢者医療被保険者証再交付申請書（様式第8号）により行うものとする。

2 施行規則第21条において準用する施行規則第19条第1項の規定による被保険者資格証明書の再交付の申請は、後期高齢者医療資格証明書再交付申請書（様式第9号）により行うものとする。

（被保険者証の更新）

第9条 施行規則第20条第1項の規定による被保険者証の更新の期日は、毎年8月1日とする。

2 施行規則第20条第2項の規定による被保険者証の更新の期日は、広域連合長が別に定める。

（区域外に住所を変更した場合における該当事項証明書の交付）

第10条 広域連合長は、被保険者が広域連合の区域外に住所を変更したときは、当該被保険者に対し、後期高齢者医療負担区分等証明書（様式第10号）を交付する。ただし、法第55条第1項又は第2項（これらの規定を法第55条の2第2項において準用する場合を含む。次項において同じ。）の適用を受ける被保険者については、この限りでない。

2 広域連合長は、法第50条第2号若しくは施行令第14条第6項の規定により広域連合の認定を受けた被保険者又は法第99条第2項に規定する被扶養者であった被保険者が広域連合の区域外に住所を変更したときは、当該被保険者に対し、それぞれに該当する旨の証明書（様式第11号）を交付する。ただし、法第55条第1項又は第2項の適用を受ける被保険者については、この限りでない。

第3章 後期高齢者医療給付

（基準収入額適用の申請）

第11条 施行規則第32条の規定による施行令第7条第3項の規定の適用の申請は、後期高齢者医療基準収入額適用申請書（様式第12号）により行うものとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、施行令

第7条第3項に該当すると認めたときは、法第67条第1項第1号に規定する割合を記載した被保険者証を当該申請者に交付する。

- 3 広域連合長は、第1項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、施行令第7条第3項に該当しないと認めたときは、後期高齢者医療基準収入額適用申請却下通知書（様式第13号）により当該申請者に通知するものとする。

（一部負担金の減免の申請）

第12条 施行規則第33条第2項の規定による一部負担金の減額又はその支払の免除の申請は、後期高齢者医療一部負担金減免申請書（様式第14号）により行うものとする。

- 2 前項の申請書には、施行規則第33条第1項に規定する事由に該当することを明らかにすることができる書類を添付しなければならない。

- 3 広域連合長は、第1項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、施行規則第33条第1項に規定する特別の事情に該当すると認めたときは、後期高齢者医療一部負担金減免決定通知書（様式第15号）により当該申請者に通知するとともに、後期高齢者医療一部負担金減額証明書（様式第16号）又は後期高齢者医療一部負担金免除証明書（様式第17号）を当該申請者に交付する。

- 4 広域連合長は、第1項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、施行規則第33条第1項に規定する特別の事情に該当しないと認めたときは、後期高齢者医療一部負担金減免申請却下通知書（様式第18号）により当該申請者に通知するものとする。

（一部負担金の減免の取消し）

第13条 広域連合長は、偽りの申請その他不正な行為により一部負担金の減免を受けた者があるときは、当該減免を取り消すものとする。

- 2 広域連合長は、前項の規定により一部負担金の減免を取り消したときは、後期高齢者医療一部負担金減免取消通知書（様式第19号）により当該被保険者に通知するものとする。

- 3 広域連合長は、第1項の規定により減免を取り消したときは、減免により支払を免れた一部負担金相当額を広域連合に返還させるものとする。

（一部負担金等の差額の支給）

第14条 法第57条第2項の規定により一部負担金等の差額の支給を受けようとする

る者は、後期高齢者医療一部負担金等差額支給申請書（様式第20号）を広域連合長に提出しなければならない。

- 2 広域連合長は、前項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、法第57条第2項に規定する差額の支給を決定したときは、後期高齢者医療一部負担金等差額支給決定通知書（様式第21号）により当該申請者に通知するものとする。
- 3 広域連合長は、前項の規定により支給の決定をした場合であっても、偽りの申請その他不正な行為が判明したとき、又は広域連合長が必要と認めたときは、当該支給の決定を取り消すものとし、後期高齢者医療一部負担金等差額支給決定取消通知書（様式第22号）により当該申請者に通知するものとする。
- 4 広域連合長は、前項の規定により支給の決定を取り消した場合において、既に一部負担金等の差額が支給されているときは、広域連合に返還させるものとする。
- 5 広域連合長は、第1項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、法第57条第2項に規定する差額の支給の申請を却下したときは、後期高齢者医療一部負担金等差額支給申請却下通知書（様式第23号）により当該申請者に通知するものとする。

（食事療養標準負担額差額の支給の申請）

- 第15条 施行規則第37条第2項の規定による食事療養標準負担額の差額の支給の申請は、後期高齢者医療食事・生活療養差額支給申請書（様式第24号）により行うものとする。
- 2 広域連合長は、前項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、食事療養標準負担額の差額の支給を決定したときは、後期高齢者医療療養費支給決定通知書（様式第25号）により当該申請者に通知するものとする。
 - 3 広域連合長は、前項の規定により支給の決定をした場合であっても、偽りの申請その他不正な行為が判明したとき、又は広域連合長が必要と認めたときは、当該支給の決定を取り消すものとし、後期高齢者医療療養費支給決定取消通知書（様式第26号）により当該申請者に通知するものとする。
 - 4 広域連合長は、前項の規定により支給の決定を取り消した場合において、既に食事療養標準負担額の差額が支給されているときは、広域連合に返還させるものとする。
 - 5 広域連合長は、第1項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、食事

療養標準負担額の差額の支給の申請を却下したときは、後期高齢者医療療養費支給申請却下通知書（様式第27号）により当該申請者に通知するものとする。

（生活療養標準負担額差額の支給の申請）

第16条 施行規則第42条第2項による生活療養標準負担額の差額の支給の申請は、後期高齢者医療食事・生活療養差額支給申請書により行うものとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、生活療養標準負担額の差額の支給を決定したときは、後期高齢者医療療養費支給決定通知書により当該申請者に通知するものとする。

3 広域連合長は、前項の規定により支給の決定をした場合であっても、偽りの申請その他不正な行為が判明したとき、又は広域連合長が必要と認めたときは、当該支給の決定を取り消すものとし、後期高齢者医療療養費支給決定取消通知書により当該申請者に通知するものとする。

4 広域連合長は、前項の規定により支給の決定を取り消した場合において、既に生活療養標準負担額の差額が支給されているときは、広域連合に返還させるものとする。

5 広域連合長は、第1項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、生活療養標準負担額の差額の支給の申請を却下したときは、後期高齢者医療療養費支給申請却下通知書により当該申請者に通知するものとする。

（第三者の行為による被害の届出）

第17条 施行規則第46条（施行規則第53条及び第71条において準用する場合を含む。）の規定による第三者の行為による被害の届出は、第三者の行為による被害届書（様式第28号）により行うものとする。

（療養費の支給の申請）

第18条 施行規則第47条第1項の規定による療養費の支給の申請は、後期高齢者医療療養費支給申請書（様式第29号）により行うものとする。

2 前項の規定にかかわらず、柔道整復師の施術に係る療養費の支給の申請は、柔道整復師の施術に係る療養費について（平成22年保発0524第2号保険局長通知）別添1別紙第4章23（1）に規定する様式第5号「柔道整復師施術療養費支給申請書」又はこれに準ずる様式により行うものとする。

3 第1項の規定にかかわらず、はり・きゅうの施術に係る療養費の支給の申請は、

はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師の施術に係る療養費に関する受領委任の取扱について（平成30年保発0612第2号保険局長通知）別添1受領委任の取扱規程24（1）に規定する様式第6号「療養費支給申請書」により行うものとする。

- 4 第1項の規定にかかわらず、あんま・マッサージの施術に係る療養費の支給の申請は、はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師の施術に係る療養費に関する受領委任の取扱について別添1受領委任の取扱規程24（1）に規定する様式第6号の2「療養費支給申請書」により行うものとする。
- 5 施行規則第47条第2項の規定により前4項の申請書（柔道整復師、はり・きゅう及びあんま・マッサージの施術に係る療養費において受領委任の取扱いをする場合を除く。）に添付しなければならない書類は、次の表の左欄に掲げる区分に従い、それぞれ同表の右欄に掲げる書類とする。

区分	添付書類
医科診療	診療内容明細書及び領収書
歯科診療	診療内容明細書及び領収書
薬剤の支給	診療内容明細書及び領収書
治療材料	医師の診断(証明)書及び領収書
はり・きゅう及びあんま・マッサージの施術	施術同意書及び領収書
食事療養	診療内容明細書及び領収書
海外療養費	診療内容明細書、領収明細書、パスポート等海外に渡航した事実が確認できる書類の写し及び保険者が海外療養の内容について当該療養を担当した者に照会することに関する当該療養を受けた者の同意書
柔道整復師の施術	領収書

- 6 広域連合長は、第1項から第4項までの申請書を受理した場合において、その審査の結果、療養費の支給を決定したときは、後期高齢者医療療養費支給決定通知書により当該申請者に通知するものとする。
- 7 広域連合長は、前項の規定により支給の決定をした場合であっても、偽りの申請

その他不正な行為が判明したとき、又は広域連合長が必要と認めたときは、当該支給の決定を取り消すものとし、後期高齢者医療療養費支給決定取消通知書により当該申請者に通知するものとする。

8 広域連合長は、前項の規定により支給の決定を取り消した場合において、既に療養費の支給がされているときは、広域連合に返還させるものとする。

9 広域連合長は、第1項から第4項までの申請書を受理した場合において、その審査の結果、療養費の支給の申請を却下したときは、後期高齢者医療療養費支給申請却下通知書により当該申請者に通知するものとする。

(特別療養費の支給の申請)

第19条 施行規則第54条第1項の規定による特別療養費の支給の申請は、後期高齢者医療特別療養費支給申請書(様式第30号)により行うものとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、特別療養費の支給を決定したときは、後期高齢者医療特別療養費支給決定通知書(様式第31号)により当該申請者に通知するものとする。

3 広域連合長は、前項の規定により支給の決定をした場合であっても、偽りの申請その他不正な行為が判明したとき、又は広域連合長が必要と認めたときは、当該支給の決定を取り消すものとし、後期高齢者医療特別療養費支給決定取消通知書(様式第32号)により当該申請者に通知するものとする。

4 広域連合長は、前項の規定により支給の決定を取り消した場合において、既に特別療養費の支給がされているときは、広域連合に返還させるものとする。

5 広域連合長は、第1項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、特別療養費の支給の申請を却下したときは、後期高齢者医療特別療養費支給申請却下通知書(様式第33号)により当該申請者に通知するものとする。

(移送費の支給の申請)

第20条 施行規則第60条第1項の規定による移送費の支給の申請は、後期高齢者医療移送費支給申請書(様式第34号)により行うものとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、移送費の支給を決定したときは、後期高齢者医療移送費支給決定通知書(様式第35号)により当該申請者に通知するものとする。

3 広域連合長は、前項の規定により支給の決定をした場合であっても、偽りの申請

その他不正な行為が判明したとき、又は広域連合長が必要と認めたときは、当該支給の決定を取り消すものとし、後期高齢者医療移送費支給決定取消通知書（様式第36号）により当該申請者に通知するものとする。

4 広域連合長は、前項の規定により支給の決定を取り消した場合において、既に移送費の支給がされているときは、広域連合に返還させるものとする。

5 広域連合長は、第1項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、移送費の支給の申請を却下したときは、後期高齢者医療移送費支給申請却下通知書（様式第37号）により当該申請者に通知するものとする。

（特定疾病認定の申請）

第21条 施行規則第62条第1項の規定による特定疾病認定の申請は、後期高齢者医療特定疾病認定申請書（様式第38号）により行うものとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、施行令第14条第4項に規定する疾病に該当すると認めたときは、後期高齢者医療特定疾病療養受療証を当該申請者に交付する。

3 広域連合長は、第1項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、施行令第14条第4項に規定する疾病に該当しないと認めたときは、後期高齢者医療特定疾病認定申請却下通知書（様式第39号）により当該申請者に通知するものとする。

（特定疾病療養受療証の再交付）

第22条 施行規則第62条第8項の規定において準用する施行規則第19条第1項の規定による特定疾病療養受療証の再交付に係る申請は、後期高齢者医療特定疾病療養受療証再交付申請書（様式第40号）により行うものとする。

（限度額適用・標準負担額減額の認定証の交付の申請等）

第23条 施行規則第67条第2項の規定による限度額適用・標準負担額減額の認定証の交付の申請並びに後期高齢者医療の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額（平成十九年厚生労働省告示第三百九十五号）の規定による入院日数届出は、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書兼入院日数届書（様式第41号）により行うものとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、交付を決定したときは、施行規則第67条第2項の規定により限度額適用・標準負担額減

額認定証を当該申請者に交付する。

- 3 広域連合長は、第1項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、交付しないときは、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請却下通知書（様式第42号）により当該申請者に通知するものとする。

（限度額適用認定証の交付の申請）

第23条の2 施行規則第66条の2第2項の規定による限度額適用認定証交付の申請は、後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書（様式第43号）により行うものとする。

- 2 広域連合長は、前項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、交付を決定したときは、施行規則第66条の2第2項の規定により限度額適用認定証を当該申請者に交付する。

- 3 広域連合長は、第1項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、交付しないときは、後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請却下通知書（様式第44号）により当該申請者に通知するものとする。

（限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付）

第24条 施行規則第67条第6項の規定において準用する施行規則第19条第1項の規定による限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付に係る申請は、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証再交付申請書（様式第45号）により行うものとする。

（限度額適用認定証の再交付）

第24条の2 施行規則第66条の2第6項の規定において準用する施行規則第19条第1項の規定による限度額適用認定証の再交付に係る申請は、後期高齢者医療限度額適用認定証再交付申請書（様式第46号）により行うものとする。

（限度額適用・標準負担額減額認定証の更新）

第25条 施行規則第67条第6項の規定において準用する施行規則第20条第1項の規定による限度額適用・標準負担額減額認定証の更新の期日は、毎年8月1日とする。

（限度額適用認定証の更新）

第25条の2 施行規則第66条の2第6項の規定において準用する施行規則第20条第1項の規定による限度額適用認定証の更新の期日は、毎年8月1日とする。

(月間の高額療養費の支給の申請)

第26条 施行規則第70条第1項による月間の高額療養費の支給の申請は、後期高齢者医療高額療養費支給申請書(様式第47号)により行うものとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、月間の高額療養費の支給を決定したときは、後期高齢者医療高額療養費支給決定通知書(様式第48号)により当該申請者に通知するものとする。

3 広域連合長は、前項の規定により支給の決定をした場合であっても、偽りの申請その他不正な行為が判明したとき、又は広域連合長が必要と認めたときは、当該支給の決定を取り消すものとし、後期高齢者医療高額療養費支給決定取消通知書(様式第49号)により当該申請者に通知するものとする。

4 広域連合長は、前項の規定により支給の決定を取り消した場合において、既に月間の高額療養費の支給がされているときは、広域連合に返還させるものとする。

5 広域連合長は、第1項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、月間の高額療養費の支給の申請を却下したときは、後期高齢者医療高額療養費支給申請却下通知書(様式第50号)により当該申請者に通知するものとする。

(年間の高額療養費の支給の申請)

第26条の2 施行規則第70条の2第1項の規定による年間の高額療養費の支給の申請は、高額療養費(外来年間合算)支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書(様式第51号)により行うものとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、年間の高額療養費の支給を決定したときは、高額療養費(外来年間合算)支給決定通知書(様式第52号)により当該申請者に通知するものとする。

3 広域連合長は、前項の規定により支給の決定をした場合であっても、偽りの申請その他不正な行為が判明したとき、又は広域連合長が必要と認めたときは、当該支給の決定を取り消すものとし、高額療養費(外来年間合算)支給決定取消通知書(様式第53号)により当該申請者に通知するものとする。

4 広域連合長は、前項の規定により支給の決定を取り消した場合において、既に年間の高額療養費の支給がされているときは、広域連合に返還させるものとする。

5 広域連合長は、第1項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、年間の高額療養費の支給の申請を却下したときは、高額療養費(外来年間合算)支給申

請却下通知書（様式第54号）により当該申請者に通知するものとする。

（高額介護合算療養費の支給の申請）

第27条 施行規則第71条の9第1項及び施行規則第71条の10第1項の規定による高額介護合算療養費の支給の申請は、高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書（様式第55号）により行うものとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、高額介護合算療養費の支給を決定したときは、高額介護合算療養費支給決定通知書（様式第56号）により当該申請者に通知するものとする。

3 広域連合長は、前項の規定により支給の決定をした場合であっても、偽りの申請その他不正な行為が判明したとき、又は広域連合長が必要と認めたときは、当該支給の決定を取り消すものとし、高額介護合算療養費支給決定取消通知書（様式第57号）により当該申請者に通知するものとする。

4 広域連合長は、前項の規定により支給の決定を取り消した場合において、既に高額介護合算療養費の支給がされているときは、広域連合に返還させるものとする。

5 広域連合長は、第1項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、高額療養費の支給の申請を却下したときは、高額介護合算療養費支給申請却下通知書（様式第58号）により当該申請者に通知するものとする。

（自己負担額証明書の交付の申請）

第28条 施行規則第70条の3第3項に規定する証明書の交付の申請は、高額療養費（外来年間合算）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書により行うものとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理したときは、後期高齢者医療高額療養費（外来年間合算）自己負担額証明書（様式第59号）を当該申請者に交付する。

3 施行規則第71条の10第2項に規定する証明書の交付の申請は、高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書により行うものとする。

4 広域連合長は、前項の申請書を受理したときは、後期高齢者医療高額介護合算療養費等自己負担額証明書（様式第60号）を当該申請者に交付する。

（後期高齢者医療給付の一時差止めの通知）

第29条 広域連合長は、法第92条第1項又は第2項の規定により後期高齢者医療給付の全部又は一部の支払を一時差し止めることを決定したときは、後期高齢者医

療給付一時差止通知書（様式第 6 1 号）により当該被保険者に通知するものとする。

（特別の事情に関する届出）

第 3 0 条 施行規則第 7 3 条の規定による特別の事情に関する届出は、後期高齢者医療特別の事情に関する届書により行うものとする。

（一時差止めに係る後期高齢者医療給付額からの滞納保険料額の控除）

第 3 1 条 施行規則第 7 5 条の規定による一時差止めに係る高齢者医療給付の額からの滞納保険料額の控除に係る通知は、後期高齢者医療滞納保険料控除通知書（様式第 6 2 号）により行うものとする。

（葬祭費の支給の申請）

第 3 2 条 葬祭を行った者が、条例第 2 条第 1 項の規定により葬祭費の支給を受けようとするときは、後期高齢者医療葬祭費支給申請書（様式第 6 3 号）を広域連合長に提出しなければならない。

2 前項の申請書には、葬祭に要した経費の領収証、会葬礼状等申請者が葬祭を行ったことを明らかにする書類を添付するものとする。

3 広域連合長は、第 1 項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、葬祭費の支給を決定したときは、後期高齢者医療葬祭費支給決定通知書（様式第 6 4 号）により当該申請者に通知するものとする。

4 広域連合長は、前項の規定により支給の決定をした場合であっても、偽りの申請その他不正な行為が判明したとき、又は広域連合長が必要と認めたときは、当該支給の決定を取り消すものとし、後期高齢者医療葬祭費支給決定取消通知書（様式第 6 5 号）により当該申請者に通知するものとする。

5 広域連合長は、前項の規定により支給の決定を取り消した場合において、既に葬祭費の支給がされているときは、広域連合に返還させるものとする。

6 広域連合長は、第 1 項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、葬祭費の支給の申請を却下したときは、後期高齢者医療葬祭費支給申請却下通知書（様式第 6 6 号）により当該申請者に通知するものとする。

（傷病手当金の支給の申請）

第 3 2 条の 2 条例附則第 5 条第 1 項の規定により傷病手当金の支給を受けようとする者は、後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（様式第 6 6 号の 2）を広域連合長に提出しなければならない。

- 2 前項の申請において、医療機関を受診している場合には、後期高齢者医療傷病手当金支給申請医療機関受診等証明書（様式第66号の3）を添付するものとする。
- 3 広域連合長は、第1項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、傷病手当金の支給を決定したときは、後期高齢者医療傷病手当金支給決定通知書（様式第66号の4）により当該申請者に通知するものとする。
- 4 広域連合長は、前項の規定により支給の決定をした場合であっても、偽りの申請その他不正な行為が判明したとき、又は広域連合長が必要と認めたときは、当該支給の決定を取り消すものとし、後期高齢者医療傷病手当金支給決定取消通知書（様式第66号の5）により当該申請者に通知するものとする。
- 5 広域連合長は、前項の規定により支給の決定を取り消した場合において、既に傷病手当金の支給がされているときは、広域連合に返還させるものとする。
- 6 広域連合長は、第1項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、傷病手当金の支給の申請を却下したときは、後期高齢者医療傷病手当金支給申請却下通知書（様式第66号の6）により当該申請者に通知するものとする。

（改正条例附則の規則で定める日）

第32条の3 埼玉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一部を改正する条例（令和2年広域連合条例第4号）附則の規則で定める日は、令和4年6月30日とする。

第4章 保険料

（保険料の額の通知）

第33条 条例第16条の規定による保険料の額の通知は、次に掲げる事項を記載した書面により行うものとする。ただし、保険料の額に変更があったときは、変更前及び変更後の内容を記載するものとする。

- （1） 被保険者氏名
- （2） 被保険者番号
- （3） 決定年月日
- （4） 決定理由
- （5） 保険料算定の基礎
- （6） 当該年度分の保険料額又は暫定保険料額
- （7） その他広域連合長が必要と認める事項

(保険料の徴収猶予の申請)

第34条 条例第17条第2項の規定による保険料の徴収猶予の申請は、後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書（様式第67号）により行うものとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、保険料の徴収猶予を決定したときは、後期高齢者医療保険料徴収猶予決定通知書（様式第68号）により当該申請者に通知するものとする。

3 広域連合長は、第1項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、保険料の徴収猶予の申請を却下したときは、後期高齢者医療保険料徴収猶予申請却下通知書（様式第69号）により当該申請者に通知するものとする。

(保険料の減免の申請)

第35条 条例第18条第2項の規定による保険料の減免の申請は、後期高齢者医療保険料減免申請書（様式第70号）により行うものとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、保険料の減免を決定したときは、後期高齢者医療保険料減免決定通知書（様式第71号）により当該申請者に通知するものとする。

3 広域連合長は、第1項の申請書を受理した場合において、その審査の結果、保険料の減免の申請を却下したときは、後期高齢者医療保険料減免申請却下通知書（様式第72号）により当該申請者に通知するものとする。

(保険料の徴収猶予又は減免の取消し又は変更)

第36条 広域連合長は、保険料の徴収猶予又は減免を受けた者が次の各号に掲げる場合に該当するときは、当該徴収猶予又は減免を取り消すものとする。

(1) 偽りの申請その他不正な行為があったと認められるとき。

(2) 資力の回復その他事情の変化により、徴収猶予又は減免をすることが不適当であると認められるとき。

2 広域連合長は、前項の規定により保険料の徴収猶予を取り消したときは、後期高齢者医療保険料徴収猶予取消通知書（様式第73号）により通知するものとする。

3 広域連合長は、第1項の規定により保険料の減免を取り消したときは、後期高齢者医療保険料減免取消通知書（様式第74号）により通知するものとする。

4 広域連合長は、保険料の徴収猶予の決定を変更したときは、後期高齢者医療保険料徴収猶予変更決定通知書（様式第75号）により通知するものとする。

5 広域連合長は、保険料の減免の決定を変更したときは、後期高齢者医療保険料減免変更決定通知書（様式第76号）により通知するものとする。

（保険料に関する申告）

第37条 条例第19条の規定による保険料に関する申告は、後期高齢者医療簡易申告書（様式第77号）により行うものとする。

第5章 雑則

（公示送達の方法）

第38条 法第112条において準用する地方税法（昭和25年法律第226号）第20条の2の規定による公示送達は、公示送達書（様式第78号）を埼玉県後期高齢者医療広域連合公告式条例（平成19年広域連合条例第2号）第2条に規定する掲示場に掲示して行うものとする。

（委任）

第39条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、広域連合長が別に定める。

附 則

- 1 この規則は、平成21年11月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の埼玉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の規定により作成した様式で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお当分の間、使用することができる。

附 則（平成22年規則第2号）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の埼玉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の規定により作成した様式で、現存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（平成25年規則第2号）

この規則は、公布の日から施行し、平成25年8月12日から適用する。

附 則（平成27年規則第2号）

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

附 則（平成28年規則第1号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成30年規則第1号）

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

附 則（平成30年規則第2号）

この規則は、平成30年8月1日から施行する。

附 則（平成31年規則第4号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成31年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正後の埼玉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第18条の規定は、この規則の施行の日以後の施術分から適用し、同日前の施術分については、なお従前の例による。

附 則（令和2年規則第6号）

この規則は、令和2年5月1日から施行し、改正後の第32条の2の規定は、傷病手当金の支給を始める日が埼玉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一部を改正する条例（令和2年広域連合条例第4号）附則に規定する期間に属する場合に適用することとする。

附 則（令和2年規則第9号）

この規則は、令和2年10月1日から施行する。

附 則（令和2年規則第10号）

この規則は、令和2年12月1日から施行する。

附 則（令和3年規則第4号）

（施行期日）

- 1 この規則は、令和3年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の埼玉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の規定により作成した様式で、現存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（令和3年規則第5号）

この規則は、令和3年7月1日から施行する。

附 則（令和3年規則第7号）

この規則は、令和3年10月1日から施行する。

附 則（令和３年規則第９号）

この規則は、令和４年１月１日から施行する。

附 則（令和４年規則第１号）

（施行期日）

- 1 この規則は、令和４年４月１日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の埼玉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の規定により作成した様式で、現存するものは、必要の修正を加え、なお使用することができる。

様式第1号（第2条、第4条関係）

後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得（変更・喪失）届書

申請者名 (届出者名)		本人との 関係	
申請者住所 (届出者)		連絡先 電話番号	

被 保 険 者 番 号									
資格取得・変更年月日	年 月 日								
喪 失 年 月 日	年 月 日								
世 帯 主 氏 名	男 ・ 女								
世 帯 主 生 年 月 日	年 月 日			世帯主との続柄					
同じ世帯で他に被保険者資格を有している方がいる場合の氏名及び被保険者番号									

	新規（変更・喪失）		変更前	
フリガナ				
氏 名				
個 人 番 号				
生 年 月 日	年 月 日			
住 所				
申 請 区 分				
申 請 事 由				
所有手帳又は証書種類				

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）いたします。

年 月 日

様式第2号（第2条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 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項の規定による障害認定の申請については、次のとおり却下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

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第3号（第3条関係）

後期高齢者医療障害認定申請撤回申請書

被 保 険 者	被保険者番号																
	氏 名					年 月 日生				男 ・ 女							
	居 住 地																
保 険 者 名 (保険者番号)		埼玉県後期高齢者医療広域連合 <table border="1"> <tr> <td>3</td><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								3	9						
3	9																
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の規定による障害認定について、当該認定の申請を 年 月 日をもって撤回することを申請します。 年 月 日 届出者 住 所 氏 名 電話番号 本人との関係																	

様式第4号（第3条関係）

後期高齢者医療被保険者資格喪失証明書

被 保 険 者	住 所							
	フリガナ							
	氏 名							
	生 年 月 日	年		月		日		
	被保険者番号							
	資格取得年月日	年		月		日		
	資格喪失年月日	年		月		日		
	特定疾病療養受療証の交付の有無				有 ・ 無			
保 険 者	保 険 者 名	埼玉県後期高齢者医療広域連合						
	保 険 者 番 号							
上記のとおり証明する。 年 月 日 埼玉県後期高齢者医療広域連合長 氏 名 印								

様式第5号（第5条関係）

後期高齢者医療住所地特例適用（変更・終了）届書									
被 保 険 者 番 号								適用・変更 ・終了年月日	年 月 日
世 帯 主	氏 名	男・女							
	生年月日	年 月 日							
被 保 険 者	氏 名								
	個人番号								
	住 所								
	世帯主との続柄								
病 院 施 設	所 在 地								
	名 称								
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり関係書類を添えて届出します。 年 月 日 届出者 住所 氏名 電話									

※ 住所地特例適用終了時には、「病院 施設」欄の記入は不要です。

様式第6号（第6条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療被保険者証の返還通知書

高齢者の医療の確保に関する法律第54条第4項の規定による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	
被保険者氏名	
返 還 先	
返 還 期 限	
返 還 理 由	

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第7号(第7条、第30条関係)

後期高齢者医療特別の事情に関する届書

保険料を納付することができない特別の事情がありますので、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第16条第1項、第2項又は第73条の規定により、届出します。

被保険者住所																														
被保険者氏名																														
被保険者番号																個人番号														
保険料を納付することができない理由（具体的に記入してください。）																														
年 月 日 埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 届出者 住 所 氏 名																														

※特別な事情があることを明らかにする書類がある場合は、添付してください。

《参考》 政令第4条で定める特別の事情

- 1 保険料を滞納している被保険者又はその属する世帯の世帯主（以下「滞納被保険者等」という。）が、その財産につき災害を受け、又は盗難にかかったこと。
- 2 滞納被保険者等又はその者と生計を一にする親族が、病気にかかり、又は負傷したこと。
- 3 滞納被保険者等が、その事業を廃止し、又は休止したこと。
- 4 滞納被保険者等が、その事業につき著しい損失を受けたこと。
- 5 前各号に類する事由があったこと。

様式第8号（第8条関係）

後期高齢者医療被保険者証再交付申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被 保 険 者 番 号								
被 保 険 者	フリガナ							
	氏 名							
	個 人 番 号							
	生 年 月 日	年	月	日	性別	男 ・ 女		
	住 所							
再交付申請の理由								
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり被保険者証の再交付を申請します。 年 月 日								

様式第9号（第8条関係）

後期高齢者医療資格証明書再交付申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被 保 険 者 番 号								
被 保 険 者	フリガナ							
	氏 名							
	個 人 番 号							
	生 年 月 日	年 月 日			性別	男 ・ 女		
	住 所							
再交付申請の理由								
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり資格証明書の再交付を申請します。 年 月 日								

様式第 10 号（第 10 条関係）

後期高齢者医療負担区分等証明書								
1	氏 名							
	該当する	一 定 以 上 負 担 区 分				減 額 区 分		
	負担区分	基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	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	一 定 以 上 負 担 区 分				減 額 区 分		
	負担区分	基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	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	一 定 以 上 負 担 区 分				減 額 区 分		
	負担区分	基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	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	一 定 以 上 負 担 区 分				減 額 区 分		
	負担区分	基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	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	一 定 以 上 負 担 区 分				減 額 区 分		
	負担区分	基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	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 埼玉県後期高齢者医療広域連合長 氏 名 印								

様式第 11 号（第 10 条関係）

第 9 9 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 高齢者の医療の確保に関する法律 による障害認定証明書 による特定疾病認定証明書			
被 保 険 者	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日		
認 定 （ 該 当 ） の 状 況	被 扶 養 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 害	認定年月日	
		障害の程度	
		認定の基礎となった書類	
	特 定 疾 病	認定年月日	
		疾病の名称	
		認定の基礎となった書類	

第 9 9 条第 2 項の被扶養者であった被保険者に該当する

上記のとおり高齢者の医療の確保に関する法律 第 5 0 条第 2 号の障害認定を行った ことを証明する。

施行令第 1 4 条第 6 項の特定疾病認定を行った

年 月 日

--	--	--	--	--	--	--	--

さ
埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名

印

様式第 1 2 号（第 1 1 条関係）

後期高齢者医療基準収入額適用申請書

届 出 者 名		本 人 と の 関 係	
届 出 者 住 所		連 絡 先 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 中 の 収 入	公 的 年 金 (老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等)	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	給与 (パート収入等含)	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	年金・給与以外の収入 () 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、御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御記入ください。
- ※ 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。
- ・ 収入額はすべて御記入ください。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・子ども手当又は児童扶養手当等、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）証明書等の書面を添付してください。ただし、1 月 1 日において当市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。
- ※ 収入額を確認できる書類がない場合は添付不要です。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

様式第13号（第11条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療基準収入額適用申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第32条の規定による高齢者の医療の確保に関する法律施行令第7条3項の規定の適用の申請については、次のとおり却下したので通知します。

被保険者番号	
氏 名	
却 下 年 月 日	年 月 日
却 下 理 由	

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第14号（第12条関係）

後期高齢者医療一部負担金減免申請書

届出者名			本人との関係	
届出者住所			連絡先電話番号	
被保険者番号				
被 保 険 者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	住所			
傷病名				
発病又は負傷年月日		年	月	日
申請理由				
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり、関係書類を添えて一部負担金の減免を申請します。 年 月 日 申請者 住所 氏名				

様式第15号（第12条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療一部負担金減免決定通知書

年 月 日付けで申請のあった一部負担金の減免については、次のとおり決定したので通知します。

被保険者番号	
氏 名	
決 定 の 内 容	免除 減額 割
減免取扱期間	年 月 日から 年 月 日まで

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第16号（第12条関係）

後期高齢者医療一部負担金減額証明書			
被 保 険 者 番 号			
被 保 険 者	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日		
減 額 の 割 合			
有 効 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日	
上記のとおり、一部負担金の減額を行っていることを証明する。 年 月 日 埼玉県後期高齢者医療広域連合長 氏 名 印			

様式第17号（第12条関係）

後期高齢者医療一部負担金免除証明書		
被 保 険 者 番 号		
被 保 険 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	
有 効 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日	
上記のとおり、一部負担金の免除を行っていることを証明する。 年 月 日 埼玉県後期高齢者医療広域連合長 氏 名 印		

様式第18号（第12条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療一部負担金減免申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第33条第2項の規定による一部負担金の減免の申請については、次のとおり却下したので通知します。

被保険者番号	
氏 名	
却下年月日	年 月 日
却下理由	

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第19号（第13条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療一部負担金減免取消通知書

年 月 日付けで決定した後期高齢者医療一部負担金の減免については、次のとおり取り消したので通知します。

なお、交付された一部負担金減額（免除）証明書は返却してください。

被保険者番号	
氏 名	
取消年月日	年 月 日
取 消 理 由	

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第20号（第14条関係）

後期高齢者医療一部負担金等差額支給申請書				
被保険者番号				
療養の給付を受けた被保険者	氏 名			
	生年月日	年	月	日生
傷 病 名		発病又は負傷 年 月 日	年	月 日
療 養 期 間	年	日	日から	年 月 日まで 日間
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局その他の名称、所在地及び医師、歯科医師又は薬剤師の氏名	都道府県 市郡 町村 病 院 保険医氏名 診療所			
差額支給申請事由	法第57条第2項（診療内容明細書・領収書を添付）			
差 額 の 算 定	療養の給付 費 用 額	他法負担額	保険者負担額	支払済保険者 負 担 額
	円	円	円	円
一部負担金等として支払った額	円			
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 電話番号				

様式第 2 1 号（第 1 4 条関係）

年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療一部負担金等差額支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった一部負担金等の差額の支給については、
下記のとおり決定したので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 根拠となる年月等
4. 支給金額
5. 支払予定日 年 月 日
6. 支払方法

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第 2 2 号（第 1 4 条関係）

年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療一部負担金等差額支給決定取消通知書

年 月 日付けで申請のあった一部負担金等の差額の支給決定については、下記のとおり取り消したので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 根拠となる年月等
4. 支給金額
5. 取消理由

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第23号（第14条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療一部負担金等差額支給申請却下通知書

年 月 日付けの一部負担金等の差額の支給の申請については、下記のとおり却下したので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 却下理由

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第24号（第15条、第16条関係）

後 期 高 齢 者 医 療
食事・生活療養差額支給申請書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号		個人番号	
被保険者番号		療 受 養 け を た	被保険者氏名
公費負担者番号			生年月日
公費受給者番号			

診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関等の名称	
入院日数	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 回
入院に際して受けた食事・生活療養に対し支払った額（標準負担額） 円	
減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由	
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：自損事故 3：疾病等

差 額 支 給	イ（ ー ）円 × （ ）回 = （ ）円	合 計 円
	ロ（ ー ）円 × （ ）回 = （ ）円	
	ハ（ ー ）円 × （ ）回 = （ ）円	
	ニ（ ー ）円 × （ ）回 = （ ）円	
	ホ 却下（理由： ）	

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は（ ）内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 ()
口座番号 (左詰めで記入)				
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて
上記のとおりに関係書類を添えて申請します。
年 月 日

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

様式第25号（第15条、第16条、第18条関係）

年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 決 定 通 知 書

年 月 日付けで申請のあった療養費（ ）の支給については、下記のとおり決定したので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 根拠となる年月等
4. 支給金額
5. 支払予定日 年 月 日
6. 支払方法

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第26号（第15条、第16条、第18条関係）

年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 決 定 取 消 通 知 書

年 月 日付けで申請のあった療養費（ ）の支給決定については、下記のとおり取り消したので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 根拠となる年月等
4. 支給金額
5. 取消理由

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第27号（第15条、第16条、第18条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療療養費支給申請却下通知書

年 月 日付けの療養費（ ）の支給の申請については、下記のとおり却下したので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 却下理由

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第 28 号（第 17 条関係）

（表面）

第三者の行為による被害届書

年 月 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

被保険者 住所

（被害者）氏名

電話番号

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 46 条、第 53 条又は 71 条の規定により、次のとおり届出します。

被害者	被保険者番号								
	被保険者氏名 （被害者名）				生年月日	年 月 日			
加害者 （相手方）	住 所				電話番号				
	氏 名				生年月日	年 月 日	職業		
	加害者の使用 主等	住 所 （居所）			電話番号				
		氏名			生年月日	年 月 日	職業		
事故及び負傷の状況	負傷の日時 及び場所		年 月 日 時 分頃 場所：						
	発病の原因 又は負傷時 の状況								
	傷病名						治ゆまでの見込み		
	診療を受けた 保険医療 機関名	①	(入院・外来)		自	年 月 日	～	治療中	
		②	(入院・外来)		至	年 月 日			
③		(入院・外来)		自	年 月 日	～	治療中		
損害賠償金 の支払状況		交渉経過を記入してください。 示談の状況 あり・なし(○で囲む)							

（裏面もあります）

(裏面)

加害者(相手方)の自動車保険の加入状況	自賠責保険(強制保険)	保険会社名 (共済・農協)	
		証明書番号	
		保険契約期間	
		契約者住所	
		契約者氏名	
		所有者住所	
		所有者氏名	
		登録番号 (ナンバープレート)	
		車台番号	
	任意保険	任意保険(対人) 加入の有無	あり ・ なし (○で囲む) ※「あり」の場合は下記を記入
		保険会社名 (共済・農協)	
		担当者名	
		連絡先	
		証券番号	

- 注 1 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に、また、自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を記入してください。
- 2 「損害賠償金の支払状況」欄の交渉経過については、詳細に例えば〇月〇日見舞品をどれだけ受け取った、医療費等の費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立したときは示談書の写しを提出してください。
- 3 後日調査の必要上、関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。

様式第29号（第18条関係）

後 期 高 齢 者 医 療
療 養 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号		個人番号	
被保険者番号		療 養 を 受 け た	被保険者氏名
公費負担者番号			生年月日
公費受給者番号			入外
診療年月	年 月	療養期間	年 月 日 から
診療日数	日		年 月 日 まで

種 類	
傷 病 名	
診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関名又は施術師	
支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：自損事故 3：疾病等

療養に要した費用額		食 事 回 数	
審 査 認 定 額		療養に要した費用額	
一 部 負 担 金		食 事 標 準 負 担 額	
支 給 金 額			

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は（ ）内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 ()
口座番号 (左詰めで記入)				
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

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

申請者 住 所
氏 名
電話番号

様式第30号（第19条関係）

後 期 高 齢 者 医 療 特 別 療 養 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号		個人番号											
被保険者番号		療 養 を 受 け た	被保険者氏名										
公費負担者番号			生年月日		年 月 日								
公費受給者番号			入外		割合		割						
診療年月	年 月		療養期間	年 月 日 から									
診療日数	日			年 月 日 まで									

種 類										
傷 病 名										
診療を受けた医療機関等の所在地										
診療を受けた医療機関名又は施術師										
支給申請をした理由										
発病又は負傷の理由										

療養に要した費用額		食 事 回 数	
審 査 認 定 額		療養に要した費用額	
一 部 負 担 金		食 事 標 準 負 担 額	
支 給 金 額			

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は（ ）内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()		預 金 種 別	普 通 当 座 ()
口座番号 (左詰めで記入)					
口座名義人 (カタカナ)					

口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

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

申請者 住 所

氏 名

電話番号

様式第31号（第19条関係）

年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後 期 高 齢 者 医 療 特 別 療 養 費 支 給 決 定 通 知 書

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

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 根拠となる年月等
4. 支給金額
5. 支払予定日
6. 支払方法

年 月 日

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第32号（第19条関係）

年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後 期 高 齢 者 医 療 特 別 療 養 費 支 給 決 定 取 消 通 知 書

年 月 日付けで申請のあった特別療養費の支給決定については、下記のとおり取り消したので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 根拠となる年月等
4. 支給金額
5. 取消理由

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第33号（第19条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療特別療養費支給申請却下通知書

年 月 日付けの特別療養費の支給の申請については、下記のとおり却下したので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 却下理由

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第34号（第20条関係）

後期高齢者医療 移送費支給申請書

受付日 年 月 日

決定日 年 月 日

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

傷病名													
発病又は負傷の年月日	年 月 日												
移送経路													
移送方法													
移送年月日	年 月 日												
付添人の氏名及び住所													
発病又は負傷の原因													
移送に要した費用の額	円												

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は（ ）内に記入してください。
網掛けの中は記入不要です。

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()								預 金 種 別	普 通 当 座 ()
口座番号 (左詰めで記入)											
口座名義人 (カタカナ)											

口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰めで記入してください。
濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて	
上記のとおり証拠書類を添えて申請します。	
年 月 日	
申請者	住 所
	氏 名
	電話番号

様式第35号（第20条関係）

年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後 期 高 齢 者 医 療 移 送 費 支 給 決 定 通 知 書

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

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 根拠となる年月等
4. 支給金額
5. 支払予定日 年 月 日
6. 支払方法

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第36号（第20条関係）

年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後 期 高 齢 者 医 療 移 送 費 支 給 決 定 取 消 通 知 書

年 月 日付けで申請のあった移送費の支給決定については、下記のとおり取り消したので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 根拠となる年月等
4. 支給金額
5. 取消理由

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第37号（第20条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後 期 高 齢 者 医 療 移 送 費 支 給 申 請 却 下 通 知 書

年 月 日付けの移送費の支給の申請については、下記のとおり却下したので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 却下理由

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第38号（第21条関係）

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		
被 保 険 者	フリガナ	
	氏 名	
	個人番号	
	生年月日	年 月 日
	住 所	
医 師 の 意 見 欄	疾病の名称	1 人工腎臓（人工透析）を実施している慢性腎不全
		2 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
		3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 医療機関 名 称 所在地 医師名	
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり、関係書類を添えて特定疾病療養受療証の交付を申請します。 年 月 日		

様式第39号（第21条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療特定疾病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62条第1項の規定による特定疾病認定の申請については、次のとおり却下したので通知します。

被保険者番号	
氏 名	
却下年月日	年 月 日
却 下 理 由	

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第40号（第22条関係）

後期高齢者医療特定疾病療養受療証再交付申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号								
被 保 険 者	フリガナ							
	氏 名							
	個人番号							
	生年月日	年 月 日			性別	男 ・ 女		
	住 所							
再交付申請の理由								
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり特定疾病療養受療証の再交付を申請します。 年 月 日								

様式第41号（第23条関係）

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書 兼 入院日数届書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号			
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	個人番号		
	生年月日	年	月 日
	住所		
長期入院		該当 ・ 非該当	

直近12か月の入院日数が90日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食費に係る負担額が更に減額されます。
入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。

ここから下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	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日 （ 日間）		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
②	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日 （ 日間）		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
③	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日 （ 日間）		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
④	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日 （ 日間）		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
⑤	届出日の前12か月の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日 （ 日間）		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

※該当する項目を☑としてください。

- ☐ 1. 上記のとおり、関係書類を添えて限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
- ☐ 2. 上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。

年 月 日

様式第42号（第23条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第67条第2項に基づく限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請については、下記の理由により却下したので通知します。

被保険者番号	
氏 名	
却下年月日	年 月 日
却 下 理 由	

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第43号（第23条の2関係）

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号			個人番号	
被 保 険 者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	住所			

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

上記のとおり、関係書類を添えて限度額適用認定証の交付を申請します。

年 月 日

様式第44号（第23条の2関係）

第 年 月 日 号

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第66条の2第2項に基づく限度額適用認定証交付申請については、下記の理由により却下しましたので通知します。

被保険者番号	
氏 名	
却下年月日	年 月 日
却下理由	

審査請求て及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第45号（第24条関係）

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証再交付申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号			個人番号		
被 保 険 者	フリガナ				
	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日		性別	男 ・ 女
	住 所				
再交付申請の理由					
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり、限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付を申請します。 年 月 日					

様式第46号（第24条の2関係）

後期高齢者医療限度額適用認定証再交付申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号				個人番号		
被 保 険 者	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	年	月	日	性別	男・女
	住所					
再交付申請の理由						
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり、限度額適用認定証の再交付を申請します。 年 月 日						

様式第47号（第26条関係）

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		電話番号	
個 人 番 号			
公費負担医療制度の利用状況（難病法や障害者総合支援法などによる制度）			
1 利用していない			
2 利用している （制度名 ） （窓口負担 有 ・ 無 ）			
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：自損事故 3：疾病等		

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は（ ）内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()		預 金 種 別	普 通 当 座 ()
口座番号 (左詰めで記入)					
口座名義人 (カタカナ)					

口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて	
上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。	
なお、次回以降の高額療養費の支給については、同様に処理されることに、同意します。	
年 月 日	
申請者	住 所
	氏 名

様式第48号（第26条関係）

年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後 期 高 齢 者 医 療 高 額 療 養 費 支 給 決 定 通 知 書

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

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 根拠となる年月等
4. 支給金額
5. 支払予定日 年 月 日
6. 支払方法

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第49号（第26条関係）

年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後 期 高 齢 者 医 療 高 額 療 養 費 支 給 決 定 取 消 通 知 書

年 月 日付けで申請のあった高額療養費の支給決定については、下記のとおり取り消したので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 根拠となる年月等
4. 支給金額
5. 取消理由

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第50号（第26条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療高額療養費支給申請却下通知書

年 月 日付けの高額療養費の支給の申請については、下記のとおり却下したので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 却下理由

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第51号（第26条の2関係）

高額療養費（外来年間合算）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度		年度	申請区分	1 新規	2 変更	3 取下げ	(保険者等記入欄)				支給申請書整理番号								
申請形態		1. 計算期間末日以降申請 (計算期間中死亡・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					
フリガナ						生年月日		年 月 日 生		個人番号									
氏 名								年 月 日 生		計算期間の始期及び終期		年 月～ 年 月							
国民健康保険資格情報																			
保険者番号		被保険者記号		被保険者番号		続柄		保険者名称		加入期間									
						1 世 帯 主 2 擬制世帯主 3 世 帯 員													
後期高齢者医療資格情報																			
保険者番号		被保険者番号				広域連合名称				加入期間									
支給方法		振込口座 記 入 欄		銀 行 信用金庫 信用組合 ()		金融機関コード		本 店 支 店 出張所 ()		店舗コード		種目 1 普通預金 2 当座預金 ()		口座番号		口座名義人 (カタカナ)			
口座振込																			
保険者加入歴※		保険者名		加入期間				添付の自己負担額証明書整理番号				備考欄							
		1																	
		2																	
		3																	
		4																	
		5																	

※記入する保険者加入欄において、ご自身が被用者保険の「被扶養者」や国民健康保険の「世帯員」であった場合、「備考欄」に加入時の「被保険者」、「世帯主の氏名、生年月日、現住所を記入してください。

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて		年 月 日	
① 上記対象者について、高額療養費（外来年間合算）の支給を申請します。		郵便番号	
なお、次回以降の高額療養費（外来年間合算）の支給については、同様に処理されることに、同意します。		住所	
② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。		申請代表者	
また、埼玉県後期高齢者医療広域連合に対し、保険者加入歴に記載のある他保険者の自己負担額情報を提供することに同意します。		氏名	
※高額療養費（外来年間合算）の支給申請を行う場合、①を○で囲んでください。		電話番号	
保険者加入歴に記載のある他保険者に対しても支給申請を行う場合、①・②のいずれも○で囲んで下さい。			

様式第52号（第26条の2関係）

第 年 月 日 号

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

高額療養費（外来年間合算）支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった高額療養費（外来年間合算）の支給については、次のとおり決定したので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
計算対象期間			
申請年月日		決定年月日	
計算対象期間中の自己負担額の合計額		支給額	
給付の種類			
支払予定日			
支払方法			
備考			

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第53号（第26条の2関係）

第 年 月 日 号

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

高額療養費（外来年間合算）支給決定取消通知書

年 月 日付けで申請のあった高額療養費（外来年間合算）の支給決定については、次のとおり取り消したので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
計算対象期間			
申請年月日		決定年月日	
計算対象期間中の自己負担額の合計額		支給額	
給付の種類			
取消理由			
備考			

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第54号（第26条の2関係）

第 年 月 日 号

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

高額療養費（外来年間合算）支給申請却下通知書

年 月 日付けの高額療養費（外来年間合算）の支給の申請については、次のとおり却下したので通知します。

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

計算対象期間			
申請年月日		決定年月日	
計算対象期間中の自己負担額の合計額			
給付の種類			
却下理由			
備考			

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第55号（第27条、第28条関係）

高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度		年度		申請区分	1 新規	2 変更	3 取下げ	(保険者等記入欄)				支給申請書整理番号						
申請形態		1. 計算期間末日以降申請 (計算期間中死亡・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	
フリガナ							生年月日		年 月 日 生		性別	個人番号						
氏 名												計算期間の始期及び終期		年 月～ 年 月				
国民健康保険資格情報																		
保険者番号		被保険者記号			被保険者番号			続柄		保険者名称			加入期間					
								1 世 帯 主 2 擬制世帯主 3 世 帯 員										
後期高齢者医療資格情報																		
保険者番号		被保険者番号					広域連合名称					加入期間						
介護保険資格情報																		
保険者番号		被保険者番号					保険者名称					加入期間						
支給方法		口座	振込口座		銀 行		金融機関コード		本 店		店舗コード	種目	口座番号		口座名義人 (カタカナ)	振込先口座 管 理 番 号		
口座振込		管理番号	記 入 欄		信用金庫 信用組合 ()				支 店 出張所 ()			1 普通預金 2 当座預金 ()						
保 険 者 加 入 歴		保険者名			加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号					備考欄					
		1																
		2																
		3																
		4																
5																		
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて														年 月 日				
① 上記対象者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給を申請します。														郵便番号		住所		
② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。														申請代表者				
また、埼玉県後期高齢者医療広域連合に対し、保険者加入歴に記載のある他保険者の自己負担額情報を提供することに同意します。														氏名				
※高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給申請を行う場合、①を○で囲んで下さい。														電話番号				
※保険者加入歴に記載のある他保険者に対しても支給申請を行う場合、①・②のいずれも○で囲んで下さい。																		

様式第56号（第27条関係）

第 年 月 日 号

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

高額介護合算療養費支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった高額介護合算療養費の支給については、次のとおり決定したので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
計算対象期間			
申請年月日		決定年月日	
計算対象期間中の自己負担額の合計額		支給額	
給付の種類			
支払予定日			
支払方法			
備考			

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第57号（第27条関係）

第 年 月 日 号

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

高額介護合算療養費支給決定取消通知書

年 月 日付けで申請のあった高額介護合算療養費の支給決定については、次のとおり取り消したので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
計算対象期間			
申請年月日		決定年月日	
計算対象期間中の自己負担額の合計額		支給額	
給付の種類			
取消理由			
備考			

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第58号（第27条関係）

第 年 月 日 号

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

高額介護合算療養費支給申請却下通知書

年 月 日付けの高額介護合算療養費の支給の申請については、次のとおり却下したので通知します。

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

計算対象期間			
申請年月日		決定年月日	
計算対象期間中の自己負担額の合計額			
給付の種類			
却下理由			
備考			

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第59号（第28条関係）

後期高齢者医療 高額療養費（外来年間合算）自己負担額証明書

フリガナ			
氏名			
生年月日			
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			
計算期間において被保険者であった期間			
診療年月	自己負担額	摘要	
計			

上記のとおり証明する。

年 月 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

様式第60号（第28条関係）

後期高齢者医療 高額介護合算療養費等 自己負担額証明書

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			
計算期間において被保険者であった期間			
診療年月	自己負担額	摘要	
計			

上記のとおり証明する。

年 月 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

様式第61号（第29条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療給付一時差止通知書

あなたが納付すべき保険料が滞納となっていますので、高齢者の医療の確保に関する法律第92条第1項（第2項）の規定により、下記のとおり後期高齢者医療給付の支払を一時差し止めます。

差し止めの事由に係る保険料を完納した場合には、一時差止めに係る後期高齢者医療給付の額をお支払いしますので、保険料を直ちに納付してくださいようお願いします。

記

1. 後期高齢者医療給付

- (1) 被保険者番号
- (2) 被保険者氏名
- (3) 給付の種類
- (4) 給付の支給決定額 円
- (5) 上記のうち支払を一時差し止める額 円

2. 根拠法令（各条項の内容については、別紙を御覧ください。）

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
 高齢者の医療の確保に関する法律施行令第4条及び第17条
 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第72条、第73条及び第74条

3. 一時差止めの事由

滞納保険料の総額 円
 納期限 年 月 日

※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。

4. 保険料を納付することができないことについて、高齢者の医療の確保に関する法律施行令第17条において準用される同令第4条に定める特別の事情がある場合又は特別の事情を有することになった場合には、直ちに、「後期高齢者医療特別の事情に関する届書」を提出してください。

審査請求及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第62号（第31条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療滞納保険料控除通知書

あなたの後期高齢者医療給付につきまして、一時差止めを行い、その後も保険料の納付をお願いしていたところですが、滞納となっています。

高齢者の医療の確保に関する法律では、滞納の方に対し、一時差止めの対象となっている後期高齢者医療給付の額から滞納保険料の額を控除する措置が第92条第3項において定められています(条項の内容については、別紙を御覧ください。)。したがって、同項に基づき、次のとおりあなたの一時差止めとなっている後期高齢者医療給付の額から滞納保険料の額を控除することを決定したので通知します。

被保険者番号				被保険者氏名				
一時差止めに係る給付の額				滞 納 保 険 料 額				
診療年月日	入外	種類	給付額(A)	相当年度	賦課年度	期別	保険料額(B)	納期限
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
給付額合計			円	滞納保険料額合計			円	

滞納保険料控除額 円

※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。

審査請求及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第63号（第32条関係）

後期高齢者医療 葬祭費支給申請書

受付日 年 月 日
 決定日 年 月 日

保険者番号

被保険者番号

申請金額

死亡者の氏名	
死亡者の生年月日	年 月 日
死亡年月日	年 月 日
葬 祭 日	年 月 日
死 亡 の 原 因	1：第三者行為（交通事故等） 2：自損事故 3：疾病等
葬祭執行者	（申請者と同じ場合） □ 下記申請者に同じ
	（申請者と異なる場合） 住 所
	フリガナ 氏 名
	死亡者との続柄

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は（ ）内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座 ()

口座番号 (左詰めで記入)	
口座名義人 (カタカナ)	

口座名義人欄は、カタカナで上段から左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。

上記のとおり申請します。

なお、葬祭費の受領につきましては、下記申請者が一切の責を負います。

年 月 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

申請者（葬祭執行者） 〒

住所

フリガナ
氏名

死亡者との続柄

電話番号

様式第64号（第32条関係）

年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

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たので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 根拠となる年月等
4. 支給金額
5. 支払予定日 年 月 日
6. 支払方法

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第65号（第32条関係）

年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後 期 高 齢 者 医 療 葬 祭 費 支 給 決 定 取 消 通 知 書

年 月 日付けで申請のあった葬祭費の支給決定については、下記のとおり取り消したので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 根拠となる年月等
4. 支給金額
5. 取消理由

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第66号（第32条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療葬祭費支給申請却下通知書

年 月 日付けの葬祭費の支給の申請については、下記のとおり却下したので通知します。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 却下理由

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用①）

受付日
決定日年 月 日
年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者番号														
	(フリガナ)														
	氏 名					生年月日	大正 昭和	年	月	日					
	住 所														
振 込 先	振込先	銀行				本店 ・ 支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他（ ）									
		信用金庫				※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入									
	預金別	信用組合				金融機関・支店コード ※記入不要									
		協同組合													
		その他（ ）													
	普通 ・ 当座 その他（ ）	口座番号													
	口座名義人 (カタカナ)														
※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。															
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて 上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 電話番号															

【受取代理人の欄】（被保険者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。）

被 保 険 者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 年 月 日													
	住 所 氏 名													
代 理 人 (口座名義人)	〒 —													
	(フリガナ)													
	氏 名													
被保険者との関係														

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	円

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（被保険者記入用②）

被保険者氏名			
症状が出た日	年 月 日	帰国者・接触者相談センター への相談日 ※相談した場合に記入	年 月 日 (時頃)
①医療機関の受診状況	1. 受診した 2. 受診していない		
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状（期間などを具体的に）			
③療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染 が疑われる場合を含む)によらない休暇や勤務予定 がなかった日は除く。)	日
⑤ 上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払いを受けましたか。 または、今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ		
⑥ ⑤で「はい」と回答した場合、その給与 等の額と、その報酬支払の対象となった (なる)期間をご記入ください。	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額：円) 	

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	年 月 日
	上記③～⑥の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
担当者氏名	電話番号

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名																																			
	①新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。																												左記の事由による 無給休暇の日数							
	年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15															16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															日			
	年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15															16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																		
	②新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇(賃金が生じる)は＝】、【その他の休暇(賃金が生じない)は／】でそれぞれ表示してください。																												賃金が生じた日数の計 (○、△、＝ の計)							
	年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15															16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															日			
	年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15															16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															日			
	年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15															16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															日			
	年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15															16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															日			
	②の期間に対して、賃金を支払いましたか？		1. はい		2. いいえ		給与の種類		☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ 日給月給 ☐ その他		賃金計算		締 日		日		支払日		1. 当月		2. 翌月		日													
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。																																				
支給した賃金内訳	区分	期間	単価(円)	月 日 ～				月 日 ～				月 日 ～																								
				月 日 分				月 日 分				月 日 分																								
					(A) 支給額(円)				(B) 支給額(円)				(C) 支給額(円)																							
	基本給																																			
	時 給																																			
	手当																																			
	手当																																			
	手当																																			
	手当																																			
	現物給与																																			
計																																				
				賃金支給総額(上記(A)～(C)の合計)																円																
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																																				
上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名																																				
担当者氏名																電話番号																				

後期高齢者医療傷病手当金支給申請医療機関受診等証明書

医療機関 担当者が 意見を入 入するこ ところ	患者氏名																																																		
	傷病名											初診日	年 月 日																																						
	発病年月日	年 月 日										発病の原因																																							
	労務不能と 認めた期間	年 月 日から																																																	
		年 月 日まで																																																	
	うち、入院期間	年 月 日から										療養費用の種別	☐ 国保 ☐ 公費() ☐ 自費 ☐ その他																																						
		年 月 日まで										転帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転医																																						
	診療日及び入院 していた日を○で 囲んでください。	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日																																
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31																															
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日																																
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																	
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日																																	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																		
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																																																			
										手術年月日	年 月 日																																								
										退院年月日	年 月 日																																								
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																																			
上記のとおり相違ありません。 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名																																																			
																																年 月 日																			
																																電話番号																			

様式第66号の4（第32条の2関係）

第 年 月 日 号

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療傷病手当金支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった傷病手当金の支給については、次のとおり決定したので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
申請期間	年 月 日から	年 月 日まで	
支給期間	年 月 日から	年 月 日まで	
減額期間	年 月 日から	年 月 日まで	
不支給期間	年 月 日から	年 月 日まで	
支給決定金額	円		
支払予定日	年 月 日		
支払方法			
不支給理由 ／ 減額理由			
備考			

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第66号の5（第32条の2関係）

第 年 月 日 号

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療傷病手当金支給決定取消通知書

年 月 日付けで申請のあった傷病手当金の支給決定については、次のとおり取り消したので通知します。

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

と 取 り 消 し 申 請 象	申 請 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
	支 給 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
	支給決定金額	円
	支 給 決 定 日	年 月 日
取 消 理 由		
備 考		

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第66号の6（第32条の2関係）

第 年 月 日 号

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療傷病手当金支給申請却下通知書

年 月 日付けの傷病手当金の支給の申請については、次のとおり却下したので通知します。

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

却下となる申請期間	年 月 日から 年 月 日まで
却 下 理 由	
備 考	

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第 6 7 号（第 3 4 条関係）

年 月 日

後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

申請者 住所

氏名

(被保険者 ・ 連帯納付義務者)

電話番号

埼玉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 1 7 条第 2 項の規定により、下記のとおり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	
世帯主氏名	
世帯主住所	

2 保険料の額等

納期（期別）	保険料額	徴収猶予期間	備 考
合 計			

3 徴収猶予を必要とする理由

様式第68号（第34条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療保険料徴収猶予決定通知書

年 月 日付けで申請のあった保険料の徴収猶予については、次のとおり決定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 理 由		

納期（期別）	保険料額	徴収猶予期間	備 考
合計			

審査請求及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第69号（第34条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療保険料徴収猶予申請却下通知書

年 月 日付けの保険料の徴収猶予の申請については、次のとおり却下したので通知します。

氏 名		年 度 区 分	年 度
		被保険者番号	
却 下 年 月 日	年 月 日		
却 下 理 由			

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第 7 0 号（第 3 5 条関係）

年 月 日

後期高齢者医療保険料減免申請書

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

申請者 住所

氏名

（ 被保険者 ・ 連帯納付義務者 ）

電話番号

埼玉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 1 8 条第 2 項の規定により、下記のとおり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	
世帯主氏名	
世帯主住所	

2 保険料の額等

納期（期別）	保険料額	納期（期別）	保険料額
合計保険料			

3 減免を必要とする理由

様式第 7 1 号（第 3 5 条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療保険料減免決定通知書

年 月 日付けで申請のあった保険料の減免については、次のとおり決定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
決 定 理 由			

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第 7 2 号（第 3 5 条関係）

第 年 月 日 号

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療保険料減免申請却下通知書

年 月 日付けの保険料の減免の申請については、次のとおり却下したので通知します。

氏 名		年 度 区 分	年 度
		被保険者番号	
却 下 年 月 日	年 月 日		
却 下 理 由			

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第 7 3 号（第 3 6 条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療保険料徴収猶予取消通知書

年 月 日付で決定した保険料の徴収猶予については、次のとおり取り消したので通知します。

氏 名		年 度 区 分	年 度	
		被保険者番号		
取消年月日	年 月 日			
取 消 理 由				
納期（期別）	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

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第 7 4 号（第 3 6 条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療保険料減免取消通知書

年 月 日付けで決定した保険料の減免については、次のとおり取り消したので通知します。

氏 名		年 度 区 分	年 度
		被保険者番号	
取消年月日	年 月 日		
取 消 理 由			

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して 3 か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から 3 か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して 6 か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から 1 年を経過すると訴えを提起できません。

様式第75号（第36条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療保険料徴収猶予変更決定通知書

年 月 日付けで決定した保険料の徴収猶予については、次のとおり変更したので通知します。

氏 名		年 度 区 分	年 度
		被保険者番号	

変更年月日	年 月 日	
変 更 理 由		

変 更 前			変 更 後		
納期（期別）	保険料額	徴収猶予期間	納期（期別）	保険料額	徴収猶予期間
合計			合計		

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第76号（第36条関係）

第 号
年 月 日

様

埼玉県後期高齢者医療広域連合長

氏 名 印

後期高齢者医療保険料減免変更決定通知書

年 月 日付けで決定した保険料の減免については、次のとおり変更したので通知します。

氏 名			年 度 区 分	年 度
			被 保 険 者 番 号	
変 更 年 月 日	年 月 日			
	減免前保険料額	決 定 減 免 額	減免後保険料額	
変 更 前	円	円	円	
変 更 後	円	円	円	
変 更 理 由				

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、埼玉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。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、埼玉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、埼玉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、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

様式第77号(第37条関係)

後期高齢者医療簡易申告書

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

年 月 日提出

この申告書は 年度における保険料の算定の基礎となります。

年1月1日から 年12月31日までの1年間の収入

氏 名	(生年月日) 年 月 日生	職 業	
		電 話	
現住所	(世帯主の氏名及び続柄)		

1 所得金額等

所得の種類	①収入金額	②必要経費 (専従者給与額・控除額を含む)	③所得金額(①-②)	備 考
営 業	円	円	円	
不 動 産	円	円	円	
農 業	円	円	円	
専従者控除		円		※営業、不動産、農業の必要経費の内数
給 与	円	※1 円		※特定支出額がある場合は必要経費に記入
専従者給与	円			※給与収入額の内数
年 金	円		※1 円	※遺族年金・障害年金等非課税年金は下記「3 年中に収入がなかった方」欄に記入してください。
譲 渡	円	円	円	※下記「2 譲渡所得に関する事項」欄に必要事項を記入してください。
その他	円	円	円	
	円	円	円	
合計所得金額 ※1		円	所得金額調整控除額 ※1	円

※1 令和2年度以前は記入不要です。

2 譲渡所得に関する事項

資産の種類 (○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
2 その他の資産			その他 ()

3 年中に収入がなかった方 (番号に○印を付してください。)

1) 遺族年金・障害年金等の非課税年金を受給しています。
2) 扶養・仕送りなどで生活しています。(あなたを扶養(仕送り)している方の住所・氏名・続柄を下欄へ記入してください)
住 所 _____
氏 名 _____ 続 柄 _____
3) その他(上記以外)の生活状況(生活保護など)

様式第 7 8 号（第 3 8 条関係）

公 示 送 達 書

埼玉県後期高齢者医療広域連合告示第 号

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 5 7 年法律第 8 0 号）第 1 1 2 条において準用する地方税法（昭和 2 5 年法律第 2 2 6 号）第 2 0 条の 2 の規定により、次のとおり公示送達します。

なお、送達すべき書類は、埼玉県後期高齢者医療広域連合に保管してありますので、交付の申出があれば、いつでも交付します。

年 月 日

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 氏 名 印

送達を受けるべき者	住 所 （居 所）	
	氏 名	
送達すべき書類の名称		
注 意 事 項	この掲示を始めた日から起算して 7 日を経過したときは、上記の書類の送達があったものとみなされます。	