青森県後期高齢者医療広域連合告示第７号

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。）第５４条第１項に規定する被保険者の資格の取得又は喪失に係る届出の様式等を次のように定める。

平成２０年３月２７日

青森県後期高齢者医療広域連合長　佐々木　誠造

法第５４条第１項に規定する被保険者の資格の取得若しくは喪失に係る届出又は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。）第８条第１項に規定する申請に係る様式	第１号様式
施行規則第１９条第１項に規定する申請書	第２号様式
施行規則第３２条に規定する申請書	第３号様式
施行規則第３３条第２項に規定する一部負担金減免等申請書	第４号様式
施行規則第３７条第２項及び第４２条第２項に規定する申請書	第５号様式
施行規則第４７条第１項に規定する申請書	第６号様式
施行規則第６２条第１項に規定する申請書	第７号様式
施行規則第６７条第１項に規定する申請書	第８号様式
施行規則第７０条第１項に規定する申請書	第９号様式
青森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年青森県後期高齢者医療広域連合規則第５号。）第１１条に規定する申請書	第１０号様式
青森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年条例第２９号。以下「条例」という。）第１９条第２項に規定する申請書	第１１号様式
条例第２０条第２項に規定する申請書	第１２号様式
条例第２１条の規定による申告に係る様式	第１３号様式

第１号様式

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

届　出　者　名		本人との関係	
連絡先電話番号			

	新規（変更・喪失）		変更前
フ リ ガ ナ			
氏　　名			
生 年 月 日			
住　　所			
申 請 区 分			
申 請 事 由			
所有手帳又は証書種類			

青森県後期高齢者医療広域連合長　様

上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）いたします。

平成　　年　　月　　日

申請者　氏名　　㊞

第２号様式

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

被保険者番号									
氏名								性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日								
再交付を要する証	１．被保険者証 ２．被保険者資格証明書 ３．特定疾病療養受療証 ４．限度額適用・標準負担額減額認定証								
再交付の理由	１．き　損 ２．紛　失 ３．その他（　　）								

上記のとおり、身分を証する書類を添えて申請します。

平成　　年　　月　　日

住　所
（居住地）
氏　名　　㊞

青森県後期高齢者医療広域連合長　　様

広域連合受付	市町村受付

第３号様式

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	
連絡先電話番号			

住所	
電話番号	

被保険者番号				
フリガナ				
氏名				
生年月日				
平成　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、ご本人及び同じ世帯におられる75歳以上の高齢者の方（65歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている方も含む）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。
- 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、災害弔慰金等など）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。

青森県後期高齢者医療広域連合長　様

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。

平成　　年　　月　　日

申請者　氏名　　㊞

氏名　　㊞

氏名　　㊞

第４号様式

後期高齢者医療一部負担金減免及び徴収猶予申請書

届出者名		本人との関係	
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	
	住所	
傷病名		
発病又は負傷年月日		
減免等種類		
申請の理由		

青森県後期高齢者医療広域連合長　様

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の一部負担金の　　を申請します。

平成　　年　　月　　日

申請者　氏名　　㊞

第５号様式

後期高齢者医療
食事療養差額支給申請書

受付日　平成　　年　月　　日
決定日　　年　月　　日

保険者番号		受けた療養を	被保険者氏名	
被保険者番号				
公費負担者番号				
公費受給者番号			生年月日	年　月　日

減額認定証の内容を記載してください。			
交付区分		適用年月日	
交付年月日	平成　年　月　日	長期該当年月日	平成　年　月　日

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	
入院日数	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで　日間　回
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	

差額支給	イ（　－　）円 × （　）回 ＝（　）円 ロ（　－　）円 × （　）回 ＝（　）円 ハ（　－　）円 × （　）回 ＝（　）円 ニ（　－　）円 × （　）回 ＝（　）円 ホ　却下（理由：　　）	合計

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は（）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

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 （　）
口座番号等 左詰記載して下さい				
口座名義人 （カタカナ）				

口座名義人はカタカナで上段より左づ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字あけてください。

上記のとおりに関係書類を添えて後期高齢者医療の食事負担額差額の支給を申請します。

年　月　日

青森県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

第６号様式

後期高齢者医療
療養費支給申請書

受付日　平成　　年　　月　　日
決定日　　年　　月　　日

保険者番号		療養を受けた	被保険者氏名	
被保険者番号				
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	平成　年　月	療養期間	平成　年　月　日　から
診療日数	日		平成　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※１		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○をつけてください。該当するものがない場合は（）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

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 （　）
口座番号等 左詰記載して下さい			
口座名義人 （カタカナ）			

口座名義人はカタカナで上段より左づ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字あけてください。

上記のとおりに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

青森県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

第７号様式

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	
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	
	住所	
疾病の名称		

青森県後期高齢者医療広域連合長　様

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。

平成　　年　　月　　日

申請者　氏名　　㊞

第８号様式

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号				
被保険者	フリガナ		性別	
	氏名			
	生年月日			
	住所			
保険者番号				
保険者の名称及び所在地				

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	申請日の前１年間の入院日数	～　　（　　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	～　　（　　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	～　　（　　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	～　　（　　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	～　　（　　日間）	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

青森県後期高齢者医療広域連合長　様

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。

平成　　年　　月　　日

申請者　氏名　　㊞

第９号様式

平成　　年　　月　　日

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	年　　月　　日	性別		電話番号	

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か
受けられる　　（制度名－　　）　（費用徴収の　有　・　無） 受けられない

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は（）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

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 （　）
口座番号等 左詰記載して下さい				
口座名義人 （カタカナ）				

口座名義人はカタカナで上段より左づ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字あけてください。

青森県後期高齢者医療広域連合長　様

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

平成　　年　　月　　日

申請者　住所

氏名　　印

第１０号様式

後期高齢者医療
葬祭費支給申請書

受付日　平成　　　年　　月　　日
決定日　　　　　　年　　月　　日

保険者番号	

被保険者番号	

支給金額	―

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		年　月　日
死亡年月日		平成　年　月　日
死亡の場所		
死亡の原因		
その他		
葬祭執行者	葬祭日	平成　年　月　日
	住　所	
	氏　名	
	連絡先	

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は () 内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

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 (　　)
口座番号等 左詰記載して下さい				
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人はカタカナで上段より左づ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字あけてください。

上記のとおりに申請します。

年　月　日

青森県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　印

死亡者との続柄

連絡先

第１１号様式

平成　　年　　月　　日

後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書

青森県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者住所……

……

申請者氏名……㊞

被保険者との関係……

青森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徴収猶予を申請します。

記

１　被保険者等

氏名カナ			
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

第１２号様式

平成　　年　　月　　日

後期高齢者医療保険料減免申請書

青森県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者住所

申請者氏名　　㊞

被保険者との関係

青森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２０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

氏名カナ			
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

第１３号様式

平成　　年　　月　　日

平成　　年度分　後期高齢者医療簡易申告書

青森県後期高齢者医療広域連合長　様　　年　　月　　日提出

この申告書は平成　　年度後期高齢者医療保険料算定の基礎となります

平成　　年１月１日から平成　　年 12 月 31 日までの１年間の収入

氏　　名	㊞ （生年月日）　　年　　月　　日	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	Ⓐ収入金額	Ⓑ必要経費 (専従者給与額・控除額を含む)	Ⓒ所得金額(Ⓐ－Ⓑ)	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			
専従者 給与	円			※給与収入額の内数
年　金	円			※遺族年金・障害年金等非課税年金を除く
譲　渡	円	円	円	※下記②欄に必要事項を記入してください
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 (○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 2 その他の資産			交換買換・収用・居住用財産 その他（　　）

（回答、問い合わせ先）

住所

電話番号