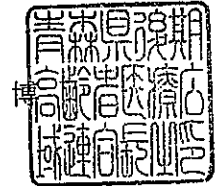


青森県後期高齢者医療広域連合告示第11号

平成20年青森県後期高齢者医療広域連合告示第7号においてに定めた、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の一部を別紙のとおり改正する。

平成27年9月4日

青森県後期高齢者医療広域連合長 鹿内



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	
届出者住所		連絡先 電話番号	

	新規（変更・喪失）	変更前
フリガナ		
氏名		
個人番号		
生年月日		
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 殿

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 住所

氏名



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	
届出者住所		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				
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。
※なお、世帯に本人以外の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）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日において本市（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 殿

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 住所

氏名

㊦

氏名

㊦

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		個人番号	
被保険者番号		療養を受けた	被保険者
公費負担者番号			氏名
公費受給者番号			生年月日

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	年 月 日
交付年月日	年 月 日	長期該当年月日	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	年 月 日 から 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	合計
	ロ () 円 × () 回 = () 円	
	ハ () 円 × () 回 = () 円	
	ニ () 円 × () 回 = () 円	
	ホ 却下(理由:)	

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	本店・支店	預金種別	普通当座
	信用金庫	()		
	信用組合			
	協同組合			
	()			()
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 _____

後期高齢者医療
療養費支給申請書

受付日 平成
決定日

年 月 日
年 月 日

		個人番号									
保険者番号		療養を受けた	被保険者氏名								
被保険者番号			生年月日				年 月 日				
公費負担者番号			入外	入・外	割合	割					
公費受給者番号			療養期間		平成	年	月	日	から		
診療年月	平成	年	月	平成	年	月	日	まで			
診療日数		日			平成	年	月	日			

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 _____

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		個人番号
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 殿

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 住所

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	
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		性別
	氏名		
	生年月日		
	住所		
長期入院			

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 殿

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 住所

氏名



平成 年 月 日

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

個人番号					
被保険者番号			氏名		
生年月日	年	月	日	性別	電話番号

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 <small>左詰記載してください</small>							
口座名義人 (カタカナ)							

口座名義人はカタカナで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

上記の通り、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