



青森県後期高齢者医療広域連合告示第9号

平成20年青森県後期高齢者医療広域連合告示第7号、平成30年青森県後期高齢者医療広域連合告示第16号、令和2年青森県後期高齢者医療広域連合告示第2号及び令和2年青森県後期高齢者医療広域連合告示第10号並びに、令和3年青森県後期高齢者医療広域連合告示第18号において定めた、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）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次のように改正する。

令和4年5月10日

青森県後期高齢者医療広域連合長 小野寺 晃彦



以下の様式を別紙のとおり改める。

法第54条第1項に規定する被保険者の資格の取得も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 第2号の2様式 第2号の3様式 第2号の4様式 第2号の5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条の2第1項に規定する申請書	第9号の2様式
施行規則第66条の2第1項に規定する申請書	第14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 様

上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）いたします。

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			個 人 番 号	
被 保 険 者	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日			
	住 所			
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、後期高齢者医療被保険者証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

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			個 人 番 号	
被 保 険 者	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日			
	住 所			
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、後期高齢者医療資格証明書の再交付を申請します。

令和 年 月 日

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			
	住 所			
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、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

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			個 人 番 号	
被 保 険 者	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日			
	住 所			
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、後期高齢者医療特定疾病療養受療証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

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			
	住 所			
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、後期高齢者医療限度額適用認定証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

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				
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、世帯に本人以外の方 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）がいない場合であつてかつ 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。

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。

令和 年 月 日

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	
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	
	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。

令和 年 月 日

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 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。

令和 年 月 日

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

申請(届出)者名				本人との関係	
申請(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				
長期入院					

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。

入院日数合計 (日間)				
①	届出日の前12か月の入院日数	～ (日間)		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
②	届出日の前12か月の入院日数	～ (日間)		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
③	届出日の前12か月の入院日数	～ (日間)		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
④	届出日の前12か月の入院日数	～ (日間)		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
⑤	届出日の前12か月の入院日数	～ (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

※該当する項目を☐としてください。

☐ 1. 上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の限度額適用・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。

令和 年 月 日

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		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(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		明治 大正 昭和		年 月 日 生		性別		個人番号		年 月 年 月	
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		被保険者証記号		被保険者証番号		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					
39020003						青森県後期高齢者医療広域連合			年 月 日から 年 月 日まで		

支給方法		振込口座 記入欄		銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 ()		金融機関コード		店 店 支 支 出 出 振 振 所 所 ()		店舗コード		種 目		口座番号		フリガナ			
口座振込												1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他				口座名義人			

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		年 月 年 月		日から 日まで											
2		年 月 年 月		日から 日まで											
3		年 月 年 月		日から 日まで											
4		年 月 年 月		日から 日まで											
5		年 月 年 月		日から 日まで											

保険者 加入歴											
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

青森県後期高齢者医療広域連合長 様											
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。											
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。											
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。											
高額療養費（外来年間合算）の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。											
郵便番号											
住所											
申請代表者											
氏名											
電話番号											

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		
	住 所		

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認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日