

茨城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 4 月 1 日

規則第 1 号

改正 平成21年11月 9 日 規則第10号  
改正 平成25年12月27日 規則第 2 号  
改正 平成27年12月25日 規則第 5 号  
改正 平成28年 3 月 1 日 規則第 2 号  
改正 平成28年 3 月29日 規則第 4 号  
改正 平成29年 2 月22日 規則第 1 号  
改正 平成29年11月 7 日 規則第 4 号  
改正 平成30年 2 月23日 規則第 1 号  
改正 平成30年 3 月 5 日 規則第 2 号  
改正 平成30年 7 月25日 規則第 4 号  
改正 平成30年 7 月31日 規則第 5 号  
改正 平成30年12月14日 規則第 6 号  
改正 令和元年 7 月11日 規則第 1 号  
改正 令和 2 年 4 月28日 規則第 7 号  
改正 令和 2 年 9 月18日 規則第 8 号  
改正 令和 2 年12月16日 規則第 9 号  
改正 令和 3 年 3 月18日 規則第 1 号  
改正 令和 3 年 3 月30日 規則第 4 号  
改正 令和 3 年 6 月16日 規則第 5 号  
改正 令和 3 年 8 月20日 規則第 6 号  
改正 令和 3 年11月19日 規則第 8 号  
改正 令和 4 年 2 月21日 規則第 1 号  
改正 令和 4 年 5 月13日 規則第 3 号  
改正 令和 4 年 5 月24日 規則第 4 号  
改正 令和 4 年 8 月30日 規則第 5 号  
改正 令和 4 年 9 月15日 規則第 6 号  
改正 令和 4 年12月27日 規則第 9 号

## 目次

第1章 総則（第1条）

第2章 被保険者（第2条－第13条）

第3章 後期高齢者医療給付（第14条－第27条）

第4章 保険料（第28条－第30条）

第5章 雑則（第31条－第33条）

## 附則

第1章 総則

（趣旨）

第1条 茨城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の施行については、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「政令」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「省令」という。）及び茨城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年茨城県後期高齢者医療広域連合条例第22号。以下「条例」という。）に定めるもののほか、この規則の定めるところによる。

第2章 被保険者

（障害認定の申請）

第2条 省令に規定する次の各号に掲げる申請又は届出は、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（様式第1号）によるものとする。

(1) 省令第8条第1項に規定する障害認定申請書

(2) 省令第25条に規定する障害の状態に該当しなくなったときの届出

2 広域連合長は、前項第1号に定める障害認定申請書を受理し、審査を行った結果、政令第3条に規定する障害の状態にあることを認めないときは、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。

（障害認定の申請撤回）

第3条 前条第1項の規定による障害認定の撤回をしようとするときは、後期高齢者医療障害認定撤回届出書（様式第3号）により広域連合長に届け出なければならない。

2 広域連合長は、前項の規定による届出を受理したときは、後期高齢者医療資格喪失証明書（様式第4号）を当該届出者に交付するものとする。

（個人番号カードの健康保険証利用登録の解除）

第4条 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律（令和5年法律第48号）の施行により、健康保険証の利用登録がなされた個人番号カードの利用登録の解除については、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書（様式第5号）により行うものとする。

（資格確認書の交付等）

第5条 前条により健康保険証利用登録の解除をしたときは、後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書（様式第6号）により、茨城県後期高齢者医療資格確認書（以下「資格確認書」という。）を交付するものとする。

2 前項に規定する交付の申請があったときは、次に掲げる事項を記載して行うものとする。

- (1) 被保険者の氏名、性別及び生年月日
- (2) 被保険者番号及び保険者番号並びに茨城県後期高齢者医療広域連合の名称
- (3) 資格取得年月日及び資格確認書の交付年月日
- (4) 一部負担金の割合及び発効期日
- (5) 有効期限
- (6) その他後期高齢者医療広域連合が定める事項であって、申請者が記載を求めたもの。

（被保険者に関する届出）

第6条 省令に規定する次の各号に掲げる届出は、後期高齢者医療資格取得（変更・喪失）届書（様式第7号）によるものとする。

- (1) 省令第10条及び第11条に規定する被保険者資格の取得に関する届出
- (2) 省令第22条から第24条までに規定する被保険者に係る事項に変更がある場合の届出
- (3) 省令第26条に規定する被保険者の資格を喪失したときの届出

（病院等に入院、入所又は入居中の者に関する届出）

第7条 省令第12条に規定する病院等に入院、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等届出書（様式第8号）によるものとする。

（資格確認書等の再交付）

第8条 省令第17条第1項に規定する資格確認書等の再交付に係る申請は、後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書（様式第9号）によるものとする。

(資格確認書等の更新)

第9条 省令第18条第1項に規定する資格確認書等の更新は、原則として毎年8月1日に行う。

(資格確認書等の更新の手続)

第10条 広域連合長は、前条に定める資格確認書等の更新は、その期日及びその他必要な事項を告示して行うものとする。

2 やむを得ない事由により前項の告示において指定された期日までに資格確認書等の提出ができない被保険者は、その事由を記した文書を指定された期日までに広域連合長に提出しなければならない。

3 広域連合長は、前項の届出に相当な理由があると認めたときは、第1項に規定する期日以外の日に資格確認書等の更新ができるものとする。

(認定証明書の交付)

第11条 広域連合長は、次の各号に掲げるいずれかの事由に該当する被保険者が広域連合の区域内に住所を有しなくなったときは、当該事由に係る証明書(様式第10号)を交付することができる。

(1) 法第50条第2号に規定する障害の状態にあることの認定を受けていたこと。

(2) 法第99条第2項に規定する被扶養者であった被保険者に該当していたこと。

(3) 政令第14条第4項に規定する特定疾病の認定を受けていたこと。

(負担区分等証明書の交付)

第12条 広域連合長は、被保険者が広域連合の区域内に住所を有しなくなったときは、負担区分等(法第67条第1項に規定する一部負担金の負担区分及び政令第15条に規定する高額療養費算定基準額の区分をいう。)に係る証明書を交付することができる。

2 前項に定める証明書は、後期高齢者医療負担区分等証明書(様式第11号)とする。

(基準収入額適用の申請)

第13条 省令第32条に規定する政令第7条第5項に定める収入の額に係る申請は、後期高齢者医療基準収入額適用申請書(様式第12号)によるものとする。

2 広域連合長は、前項に定める申請書を受理し、審査を行った結果、政令第7条第5項の規定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。

第3章 後期高齢者医療給付

(一部負担金の減免等)

第14条 法第69条に規定する一部負担金の減額、免除又はその徴収の猶予に係る取扱いについては、別にこれを定める。

(食事療養標準負担額差額の支給)

第15条 省令第37条第2項に規定する食事療養標準負担額の差額の支給に係る申請は、後期高齢者医療食事療養差額支給申請書(様式第14号)によるものとする。

2 広域連合長は、前項に定める申請書を受領し、審査を行った結果、省令第37条第1項の規定に該当すると認めるときは、後期高齢者医療給付支給決定通知書(様式第15号)により、同項の規定に該当しないと認めるときは、後期高齢者医療給付支給申請却下通知書(様式第16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)

第16条 前条の規定は、省令第42条第2項に規定する生活療養標準負担額の差額の支給について準用する。この場合において、同条第1項中「省令第37条第2項」とあるのは「省令第42条第2項」と、「食事療養標準負担額」とあるのは「生活療養標準負担額」と、同条第2項中「省令第37条第1項」とあるのは「省令第42条第1項」と読み替えるものとする。

(第三者行為による被害の届出)

第17条 省令第46条に規定する第三者の行為による被害の届出は、第三者行為による被害届(様式第17号)又は同等の内容を記載した届出書によるものとし、当該届出に係る事由が第三者の行為によって生じたことを証する書類を添付しなければならない。

2 前項の規定は、訪問看護療養費の支給事由が第三者の行為によって生じたものであるときの届出について準用する。

(療養費の支給)

第18条 省令第47条第1項に規定する療養費の支給に係る申請は、後期高齢者医療療養費支給申請書(様式第18号)によるものとする。ただし、次の各号に掲げる療養費の支給に係る申請は、当該各号に定めるところによるものとする。

(1) あん摩、マッサージ、指圧、はり又はきゅうの施術に係る療養費の支給 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の支給の留意事項等について(平成16年10月1日保医発第1001002号厚生労働省保険局医療課長通知)又は、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いについて(平成30年6月12日保発0612第2号厚生労働省保険局長通知)による。

(2) 柔道整復師の施術に係る療養費の支給 柔道整復師の施術に係る療養費について（平成22年5月24日保発0524第2号厚生労働省保険局長通知）による。

2 前項（ただし書を除く。）に定める療養費の支給の申請に際しては、療養に要した費用に係る領収書のほか、次の各号に掲げる療養費の区分に応じ、当該各号に定める書類を添付しなければならない。

(1) 一般診療費 後期高齢者医療診療内容証明書（一般診療用）（様式第19号）又は診療報酬明細書

(2) 歯科診療費 後期高齢者医療診療内容証明書（歯科診療用）（様式第20号）又は診療報酬明細書

(3) 調剤 後期高齢者医療調剤内容証明書（様式第21号）又は調剤報酬明細書

(4) 治療用装具 治療用装具作成指示書又は医師の診断書

3 広域連合長は、第1項に定める申請書を受領し、審査を行った結果、療養費を支給することを決定したときは後期高齢者医療給付支給決定通知書（様式第15号）により療養費を支給しないことを決定したときは後期高齢者医療給付支給申請却下通知書（様式第16号）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）

第19条 省令第54条第1項に規定する特別療養費の支給の申請は、後期高齢者医療給付特別療養費支給額通知書（様式第22号）によるものとし、当該通知書に療養に要した費用に係る領収書を添付しなければならない。

2 前条第3項の規定は、特別療養費の支給の決定又は不支給の決定について準用する。

（保険料滞納に係る資格確認書の返還）

第20条 省令54条の2に規定する資格確認書の返還を求めるに当たっては、次に掲げる事項を書面により通知するものとする。

(1) 前項の規定により資格確認書の返還を求める旨

(2) 資格確認書の返還先及び返還期限

2 第1項の規定により資格確認書が返還されたときは、保険料滞納者に対し、次に掲げる事項を記載した資格確認書を交付するものとする。

(1) 被保険者の氏名、性別及び生年月日

(2) 被保険者番号及び保険者番号並びに後期高齢者医療広域連合の名称

(3) 資格取得年月日及び資格確認書の交付年月日

(4) 有効期限

(5) 法第 82 条第 1 項又は第 2 項本文の規定により特別療養費を支給する旨

(6) その他後期高齢者医療広域連合が定める事項

(移送費の支給)

第 21 条 省令第 60 条第 1 項に規定する移送費の支給に係る申請は、後期高齢者医療療養費支給申請書（様式第 18 号）によるものとし、同条第 2 項に規定する添付書類のほか、移送に要した費用に係る領収書を添付しなければならない。

2 第 18 条第 3 項の規定は、移送費の支給の決定又は不支給の決定について準用する。

(特定疾病の認定)

第 22 条 省令第 62 条第 1 項に規定する特定疾病認定に係る申請は、後期高齢者医療特定疾病認定申請書（様式第 23 号）に特定疾病認定に係る意見書（様式第 24 号）を添えて広域連合長に申請しなければならない。

2 広域連合長は、前項に定める申請書を受理し、審査を行った結果、政令第 14 条第 4 項の規定に該当すると認めたときは、特定疾病療養受療証又は特定疾病認定に係る情報を記載した資格確認書を当該申請者に交付するものとし、同行の規定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 25 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 23 条 第 8 条の規定は、特定疾病療養受療証の再交付について準用する。

(限度額適用区分認定の申請)

第 24 条 省令第 66 条の 2 第 2 項及び省令第 67 条第 2 項の申請については、第 5 条の規定を準用する。

(長期入院日数届書の届出)

第 25 条 後期高齢者医療の食事療養標準負担額（平成 19 年厚生労働省告示第 395 号）に規定する長期入院日数届書の届出は、後期高齢者医療長期入院日数届書（様式第 26 号）によるものとする。

2 広域連合長は、前項に定める届書を受理し、審査を行った結果、政令第 67 条第 1 項及び後期高齢者医療の食事療養標準負担額（平成 19 年厚生労働省告示第 395 号）の規定に基づく長期入院該当にあることを認めないときは、後期高齢者医療長期入院該当適用却下通知書（様式第 26 号の 2）により当該申請者に通知するものとする。

(月間の高額療養費の支給)

第26条 省令第70条第1項に規定する月間の高額療養費の支給に係る申請は、後期高齢者医療高額療養費支給申請書(様式第27号)によるものとする。

2 月間の高額療養費の支給の決定は、後期高齢者医療高額療養費支給決定通知書(様式第15号の2)によるものとする。

3 第17条第3項の規定は、月間の高額療養費の不支給の決定について準用する。

(年間の高額療養費の支給)

第26条の2 省令第70条の2第1項又は省令第70条の3第1項に規定する年間の高額療養費の支給に係る申請は、後期高齢者医療高額療養費(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27号の2)によるものとする。

2 広域連合長は、前項に定める申請書を受理し、審査を行った結果、年間の高額療養費を支給することを決定したときは後期高齢者医療高額療養費(外来年間合算)支給決定通知書(様式第27号の3)により、年間の高額療養費を支給しないことを決定したときは後期高齢者医療高額療養費(外来年間合算)不支給決定通知書(様式第27号の4)により当該申請者に通知するものとする。

3 省令第70条の2第3項に規定する通知は、後期高齢者医療高額療養費(外来年間合算)支給額計算結果連絡票(様式第27号の5)により省令第70条の2第2項の証明書を交付した者に通知するものとする。

4 省令第70条の3第3項に規定する証明書は、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27号の6)によるものとする。

(高額介護合算療養費の支給の申請)

第26条の3 省令第71条の9第1項又は第71条の10第1項に規定する高額介護合算療養費の支給に係る申請は、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(様式第27号の7)によるものとする。

2 広域連合長は、前項に定める申請書を受理し、審査を行った結果、高額介護合算療養費を支給することを決定したときは高額介護合算療養費等支給決定通知書(様式第27号の8)により高額介護合算療養費を支給しないことを決定したときは高額介護合算療養費等不支給決定通知書(様式第27号の9)により当該申請者に通知するものとする。

3 省令第71条の9第4項に規定する通知は、高額介護合算療養費等支給額計算結果連絡票(様式第27号の10)により省令第71条の9第2項の証明書を交付した者に通知するもの



とする。

- 4 省令第 71 条の 10 第 2 項に規定する証明書は、茨城県後期高齢者医療自己負担額証明書（様式第 27 号の 11）によるものとする。

（葬祭費の支給）

第 27 条 条例第 2 条に規定する葬祭費の支給を受けようとする者は、後期高齢者医療葬祭費支給申請書（様式第 28 号）に当該被保険者の死亡の事実を証する書類を添えて広域連合長に申請しなければならない。ただし、公簿等においてその事実を確認できるときは、書類の添付を省略することができる。

- 2 第 17 条第 3 項の規定は、葬祭費の支給の決定又は不支給の決定について準用する。

（新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金の支給）

第 27 条の 2 条例附則第 6 条及び第 7 条に規定する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 28 号の 2）により広域連合長に申請しなければならない。

- 2 第 17 条第 3 項の規定は、前項の傷病手当金の支給の決定又は不支給の決定について準用する。

（医療給付の制限）

第 28 条 法第 4 章第 3 節第 5 款に規定する医療給付の制限に係る取扱いについては、別にこれを定める。

#### 第 4 章 保険料

（保険料の額の通知）

第 29 条 条例第 16 条に規定する保険料の額が定まったときの通知は、次の各号に掲げる事項を記載した通知書によるものとする。

- (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) 当該年度分の保険料額
- (6) 保険料算定の基礎
- (7) その他広域連合長が必要と認める事項

- 2 前項に定める通知のうち特別徴収対象被保険者（法第 110 条において準用する介護保険法

(平成9年法律第123号。以下「準用介護保険法」という。以下同じ。)第135条第5項に規定する特別徴収対象被保険者をいう。)について仮徴収(準用介護保険法第140条第1項又は第2項に規定する特別徴収をいう。)の方法により保険料を徴収する場合の通知は、次の各号に掲げる事項を記載した通知書によるものとする。

- (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) 仮徴収額
- (6) 保険料算定の基礎
- (7) その他広域連合長が必要と認める事項

3 条例第16条に規定する保険料の額が変更になったときの通知は、次の各号に掲げる事項を記載した通知書によるものとする。

- (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) 当該年度分の保険料額
- (6) 変更前及び変更後の保険料算定の基礎
- (7) その他広域連合長が必要と認める事項  
(保険料の徴収猶予及び減免)

第30条 条例第17条に規定する保険料の徴収猶予及び第18条に規定する保険料の減免に係る取扱いについては、別にこれを定める。

(申告書の様式)

第31条 条例第19条に規定する申告書は、後期高齢者医療簡易申告書(様式第29号)によるものとする。

## 第5章 雑則

(公示送達の方法)

第32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30号)及び公示送達者名簿(様式第31号)を茨

城県後期高齢者医療広域連合公告式条例（茨城県後期高齢者医療広域連合条例第2号）第2条第2項に規定する掲示場に掲示して行うものとする。

（過料）

第33条 広域連合長は、条例第25条から第28条までの規定により、過料を科する場合は、後期高齢者医療過料決定通知書（様式第32号）によりその旨を通知し、納額告知書により徴収するものとする。

（補則）

第34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

（施行期日）

第1条 この規則は、平成20年4月1日から施行する。

（被保険者証の更新の特例）

第2条 平成20年4月1日から平成20年7月31日までに交付する被保険者証の更新は、第7条の規定にかかわらず、法第67条第1項の規定による一部負担金の割合の変更を伴うものを除き、平成21年8月1日に行う。

附 則（平成21年規則第10号）

この規則は、公布の日から施行し、改正後の茨城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は、平成21年8月1日から適用する。

附 則（平成25年規則第2号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成27年規則第5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2号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成28年規則第4号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成29年規則第1号）

この規則は、平成29年4月1日から施行する。

附 則（平成29年規則第4号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成 30 年規則第 1 号）

（施行期日）

第 1 条 この規則は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

（経過措置）

第 2 条 この規則による改正後の茨城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かかわらず、この規則による改正前の茨城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る様式については、当分の間、これを補正して使用することができる。

附 則（平成 30 年規則第 2 号）

（施行期日）

第 1 条 この規則は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

（経過措置）

第 2 条 この規則による改正後の茨城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かかわらず、この規則による改正前の茨城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る様式については、当分の間、これを補正して使用することができる。

附 則（平成 30 年規則第 4 号）

（施行期日）

第 1 条 この規則は、平成 30 年 8 月 1 日から施行する。

（経過措置）

第 2 条 この規則による改正後の茨城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る様式については、当分の間、これを補正して使用することができる。

附 則（平成 30 年規則第 5 号）

（施行期日）

第 1 条 この規則は、平成 30 年 8 月 1 日から施行する。

（経過措置）

第 2 条 この規則による改正後の茨城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かかわらず、この規則による改正前の茨城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る様式については、当分の間、これを補正して使用することができる。

附 則（平成 30 年規則第 6 号）

（施行期日）

第 1 条 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

第 2 条 この規則による改正後の茨城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かかわらず、この規則による改正前の茨城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る様式については、当分の間、これを補正して使用することができる。

附 則（令和元年規則第 1 号）

（施行期日）

第 1 条 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

第 2 条 この規則による改正後の茨城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かかわらず、この規則による改正前の茨城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る様式については、当分の間、これを補正して使用することができる。

附 則（令和 2 年規則第 7 号）

（施行期日）

第 1 条 この規則は、公布の日から施行する。

（傷病手当金の支給開始日の適用期限）

第 2 条 茨城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 年茨城県後期高齢者医療広域連合条例第 7 号）附則に規定する規則で定める日は、令和 5 年 5 月 7 日とする。

附 則（令和 2 年規則第 8 号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和 2 年規則第 9 号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和 3 年規則第 1 号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和 3 年規則第 4 号）

(施行期日)

第1条 この規則は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

第2条 この規則による改正後の茨城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かかわらず、この規則による改正前の茨城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る様式については、当分の間、これを補正して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、公布の日から施行する。

附 則 (令和3年規則第6号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (令和3年規則第8号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (令和4年規則第1号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (令和4年規則第3号)

(施行期日)

第1条 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

第2条 この規則による改正後の茨城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かかわらず、この規則による改正前の茨城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る様式については、当分の間、これを補正して使用することができる。

附 則 (令和4年規則第4号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (令和4年規則第5号)

(施行期日)

第1条 この規則は、令和4年10月1日から施行する。

附 則 (令和4年規則第6号)

(施行期日)

第1条 この規則は、令和4年10月1日から施行する。

附 則（令和4年規則第9号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和5年規則第1号）

（施行期日）

第1条 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

第2条 この規則による改正後の茨城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かかわらず、この規則による改正前の茨城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る様式については、当分の間、これを補正して使用することができる。

附 則（令和6年規則第6号）

（施行期日）

第1条 この規則は、令和6年12月2日から施行する。

（経過措置）

第2条 この規則の施行の際、現に被保険者証の交付を受けている者が、当該被保険者証の有効期間が経過するまでの間（令和7年7月31日までの間）は、なお従前の例による。

第3条 この規則による改正後の茨城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かかわらず、この規則による改正前の茨城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る様式については、当分の間、これを補正して使用することができる。

様式第1号(第2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

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		
マイナンバーカード (※)の健康保険証 利用登録の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
所有手帳又は証書書類		

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

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

※マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限ります。



年 月 日

様

茨城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	
却 下 理 由	

審査請求及び取消訴訟

この決定に不服があるときは、この決定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、茨城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。ただし、原則として、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

なお、この決定の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないとい提起できませんが、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、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、又は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、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、茨城県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、茨城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、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると訴えを提起することができなくなります。

問い合わせ先

様式第3号（第3条関係）

後期高齢者医療障害認定撤回届出書

私は、高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2項の規定に基づき、茨城県後期高齢者医療広域連合において認定された障害認定について、同法及び同法施行規則第8条第2項の規定により、後期高齢者医療における障害認定の申請を撤回し、後期高齢者医療の被保険者資格を喪失いたします。

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

年 月 日

被保険者番号 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

資格喪失日 \_\_\_\_\_年 月 日

(代理人) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

続 柄 \_\_\_\_\_

後期高齢者医療資格喪失証明書

被 保 険 者	フリガナ	
	氏名	
	住所	
	生年月日	
資格喪失日		

上記のとおり証明します。

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長

印

この証明を受けられた方へのお願い

- ・ この証明書は、国民健康保険又は被用者保険（社会保険等）に加入する際に必要となります。（その他必要な持ち物については、手続き先に御確認ください。）
- ・ 資格喪失日から14日以内にお住まいの市町村又は扶養をしている方がお勤めの被用者保険等で、保険加入手続きをしてください。

様式第5号（第4条関係）

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

令和 年 月 日

解除申請者	フリガナ			生年月日	明治・大正	年	月	日	
	氏名				昭和	年	月	日	
	住所	(〒 ー )							
		都道府県				市区町村			
	連絡先	電話番号							
被保険者番号									
マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除について	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を申請します。 ※利用登録を解除すると、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を行うことはできなくなります。 ※利用登録の解除を申請した方には、保険者から資格確認書を交付します。解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書の持参が必要です。 ※利用登録解除後、マイナポータル上の「健康保険利用登録の申込状況」画面に反映されるまで、1～2か月程度時間がかかる場合があります。  署名： _____								

(解除を希望する理由)

※ マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータに基づいたよりよい医療を受けることができます。

※ マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、ご本人の医療情報の漏洩等セキュリティ上のリスクが生じることはありません。

※ なお、健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続を行うことは可能です。健康保険証の利用登録は、マイナポータルのほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダー等から行うことができます。

申出者（代理人により申請する場合は下記について記入してください）

住所  
氏名  
電話番号  
上記被保険者との関係

(注) 解除申請後から解除がなされるまでの間（1～2か月程度）に、別の医療保険者等に異動した場合は、異動後の医療保険者等に対し、自身が以前に加入していた医療保険者等に対して解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の申請を行うようにしてください。

後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書

交付を希望する被保険者	フリガナ氏名							生年月日	年	月	日
被保険者番号											
個人番号											
住所											

申請理由 該当するものに☑してください	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予定である <input type="checkbox"/> 介助者等の第三者が被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である <input type="checkbox"/> 既に資格確認書の交付を受けているが、任意記載事項についても記載したい <input type="checkbox"/> その他 ※マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができない事情を具体的に記載ください（ ） ※マイナンバーカードを取得していない方、取得しているが保険証利用登録を行っていない方には、申請によらず資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。
任意記載事項の記載の希望	任意記載事項の記載を希望する（希望するもの全てに☑してください） <input type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分 <input type="checkbox"/> 特定疾病区分 ※任意記載事項を記載することで、例えば、同一医療機関等において、1箇月に定められた自己負担限度額の範囲内で療養の給付を受けることができます。 ※「自己負担限度額等の適用区分」とは、自己負担限度額の適用区分又は食事療養標準負担額若しくは生活療養標準負担額の減額の適用区分をいいます。 ※「特定疾病区分」とは、厚生労働大臣が定める特定疾病（人工腎臓を実施する慢性腎不全など）の認定を受けた場合の認定を受けた特定疾病を指す区分（記号で表記）をいいます。

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

上記のとおり、 資格確認書の交付 ・ 任意記載事項の併記 を申請します。

年 月 日

申請者 氏 名  
 住 所  
 電話番号  
 被保険者本人との関係

様式第7号（第6条関係）

後期高齢者医療資格取得（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
被保険者番号		
フリガナ		性別
氏名		男・女
個人番号		
生年月日		
住所		

届出事由及び （異動・変更） 年月日	<input type="checkbox"/> 資格取得（転入・年齢到達・生活保護受給終了） <input type="checkbox"/> 資格喪失（転出・死亡・生活保護受給開始） <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 世帯変更 <input type="checkbox"/> 個人番号変更 <input type="checkbox"/> その他（ ）	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日

上記のとおり関係書類を添えて届出いたします。

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

後期高齢者医療住所地特例適用等届出書

被 保 険 者	被保険者番号									市町村名	
	フリガナ										
	氏名										
	個人番号										
	生年月日	明治	大正	昭和	年	月	日生				
異 動 前 情 報	従前の住所	〒 ー									
		電話番号 ( )									
		*異動前の住所が施設等の場合、以下も記入のこと。									
	施設等名称										
	退所年月日										
異 動 後 情 報	現住所	〒 ー									
		電話番号 ( )									
		*異動後の住所が施設等の場合、以下も記入のこと。									
	施設等名称										
	入所年月日										
届出事由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転出により施設等に入所</li> <li>・住所異動に伴い入所施設等変更</li> <li>・住所異動に伴い施設等から退所</li> <li>・死亡による資格喪失</li> </ul>	異動年月日	年 月 日								
		※ 日付は住民票の異動があった日を記入すること。									
<p>上記のとおり届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て</p> <p style="text-align: center;">〒 ー</p> <p style="text-align: center;">届出者住所</p> <p style="text-align: center;">届出者氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号 ( )</p> <p style="text-align: center;">被保険者との続柄 ( )</p>											

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

被 保 険 者 番 号		市町村名	
被 保 険 者 氏 名			
個 人 番 号			
被 保 険 者 住 所			
生 年 月 日	明治	大正	昭和
	年	月	日生
再 交 付 す る 証 の 種 類	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書（資格情報のお知らせ） <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証		
再 交 付 申 請 の 理 由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て</p> <p>申請者 住 所</p> <p>氏 名</p> <p>電話番号 （ ）</p> <p>被保険者との続柄 （ ）</p>			
証交付	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 直接交付 → 本人確認書類： <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（ ）		



様式第 10 号 (第 11 条関係)

高齢者の医療の確保に関する法律		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								
	<p>上記のとおり、高齢者の医療の確保に関する法律</p>		<p>ことを証明する。</p>							
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
茨城県後期高齢者医療広域連合長		印								

様式第 11 号 (第 12 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 負担区分	一定以上負担区分					減 額 区 分		
		基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満Ⅱ	基準額未満Ⅰ	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Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満Ⅱ	基準額未満Ⅰ	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Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満Ⅱ	基準額未満Ⅰ	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Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満Ⅱ	基準額未満Ⅰ	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Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満Ⅱ	基準額未満Ⅰ	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		
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">茨城県後期高齢者医療広域連合長 <span style="float: right;">印</span></p>									

様式第 12 号 (第 13 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	

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 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、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」及び「年金・給与以外の収入」に分けて記入してください。  
※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。

- ・ 収入額はすべて記入してください。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

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

年 月 日

様

茨城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却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行令第 7 条第 5 項に基づく基準収入額適用申請については、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	
却 下 理 由	

審査請求及び取消訴訟

この決定に不服があるときは、この決定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、茨城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。ただし、原則として、この決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

なお、この決定の取消しの訴えは、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、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、又は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、裁決があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内に、茨城県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、茨城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、裁決の日の翌日から起算して 1 年を経過すると訴えを提起することができなくなります。

問い合わせ先

様式第 14 号 (第 15 条、第 16 条関係)

後 期 高 齢 者 医 療  
食 事 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			

所 得 区 分 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
減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由	<input type="checkbox"/> (1) 医療機関でオンライン資格確認ができないため <input type="checkbox"/> (2) 長期入院該当日前の入院であったため <input type="checkbox"/> (3) その他 ( )
発病又は負傷の理由	第三者行為 第三者行為以外の一般疾病

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 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 左記記載してください				
口座名義人 (フリガナ)				

口座名義人はカタカナで上段から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

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
連絡先 \_\_\_\_\_

年 月 日

様

茨城県後期高齢者医療広域連合長

印

後期高齢者医療給付支給決定通知書

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。

記

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

審査請求及び取消訴訟

この決定に不服があるときは、この決定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、茨城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。ただし、原則として、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

なお、この決定の取消しの訴えは、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、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、又は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、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、茨城県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、茨城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、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると訴えを提起することができなくなります。

問い合わせ先

年 月 日

様

後期高齢者医療高額療養費支給決定通知書

高額療養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。

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. 支給期日
5. 支払期日
6. 支払方法

この決定に不服があるときは、この決定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、茨城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。ただし、原則として、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

なお、この決定の取消しの訴えは、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、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、又は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、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、茨城県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、茨城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、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると訴えを提起することができなくなります。

茨城県後期高齢者医療広域連合長



様式第16号（第15条、第18条、第18条、第18条、第19条、第25条、第26条、第26条  
の2関係）

年 月 日

様

茨城県後期高齢者医療広域連合長

印

後期高齢者医療給付支給申請却下通知書

の支給については、下記のとおり却下しま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. 支給却下理由

審査請求及び取消訴訟

この決定に不服があるときは、この決定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、茨城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。ただし、原則として、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

なお、この決定の取消しの訴えは、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、決定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、又は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、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、茨城県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、茨城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、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると訴えを提起することができなくなります。

問い合わせ先

様式第 17 号 (第 17 条関係)

第三者行為による被害届

( 交通事故 ・ その他の事故 ※1)

被 保 険 者	個人番号			被保険者番号			医療福祉 制度の有無	有 無					
	氏 名			生年月日	年 月 日生								
	事故発生の 日時及び場所	年 月 日 午前・午後 時 分頃 場所			事故当時の 心身等の状況	正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気( )							
	傷病名及び 傷病の状況や 程度 ※2	治療の見込み				入院	日	通院	日				
						費用				円			
						終了				年	月	日	
保険診療による 医療機関名	1.				治療期間				～				
	2.								～				
	3.								～				
任意保険	会社名		支店名		担当者		TEL						
相 手 方	当 事 者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日生							
		住 所			TEL			職業					
	自 賠 責	証書番号											
		保険会社名											
	任 意 保 険	契約者氏名			契約者住所								
		加入の有無	有	無	証書番号			対人賠償の対応	有	無			
		保険会社名			支店名								
		担 当 者			TEL								
	損害賠償に関する交渉の経過 ※3												
	交通事故外 の被害行為 の発生状況	暴力行為やペット咬傷等 記入欄が足りない場合は裏面に記入してください。  ・交通事故の場合には、事故状況報告書に詳しく記入してください。											
上記のとおり届けます。 年 月 日 住所 氏名 茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て TEL ( )													

※1 その他の事故は、暴力行為やペットの咬傷等の交通事故外の場合です。市町村確認欄 (保険会社提出代行 有・無)

※2 傷病名及び傷病の状況や程度は、できるだけ詳しく記入してください。

※3 損害賠償に関する交渉の経過は、費用ごとに記入し、示談成立したときは示談書の写しを提出してください。

交通事故の添付書類：事故状況報告書(別添 1)、念書(別添 2)、誓約書(別添 3)、事故証明書 (物損事故証明書の場合は人身事故入手不能理由書を添付のこと。その他の事故の添付書類：念書(別添 2)、誓約書(別添 3-1)

(裏面)

その他交通事故外の被害行為の発生状況

交  
通  
事  
故  
外

( 警察署 担当官へ 年 月 日に届出済 )

様式第 18 号 (第 18 条、第 21 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 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			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	
発症又は負傷の理由	第三者行為 第三者行為外の一般疾病

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 左記記載してください			
口座名義人 (フリガナ)			

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

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

様式第 19 号 (第 18 条関係)

後期高齢者医療診療内容証明書 (一般診療用)

被保険者	氏名		被保険者番号		診療期間	年 月 日から	診療実日数	日		
	男・女	明・大・昭 年生	年 月 日まで							
傷病名	(1)		診療開始日	(期間中に診療しなかった月 月)		転 帰	治 癒	死 亡	中 止	
	(2)			(1) 年 月 日						
	(3)			(2) 年 月 日						
初 診		時間外・休日・深夜		回	点					
再 診	再診	×	回							
	外来管理加算	×	回							
	時間外	×	回							
	休日 深夜	×	回							
指 導										
在 宅	往診		回							
	夜間		回							
	深夜・緊急		回							
	在宅患者訪問診療		回							
	その他		回							
投 薬	内服	薬剤 調剤	×	回	単位					
	外用		薬剤 調剤	×	回	単位				
	処方			×	回	単位				
	麻毒 調基			回	回					
注 射	皮下筋肉内		回							
	静脈内		回							
	その他		回							
処 置	薬剤		回							
手術麻酔	薬剤		回							
検 査	薬剤		回							
画像診断	薬剤		回							
そ の 他	処方箋		×	回						
	薬剤			回						
入 院	入 院 年 月 日	年 月 日		食 事	基 準					
	病 診 衣	入院料	×			日間				
			×			日間				
			×			日間				
	入院時医学管理料		×			日間				
			×			日間				
特 定 入 院 其 他		×	日間							
合 計	医療の 給 付	請求点数	(点)	請求額	(点)					
		一部負担金	(円)	一部負担金	(円)					
		決定金額	(円)	決定額	(円)					
上記のとおり証明します。 年 月 日										
保険医療機関名 所 在 地 担当医師の氏名 印 ※署名による場合は、押印を省略することができます。										

様式第 20 号 (第 18 条関係)

後期高齢者医療診療内容証明書 (歯科診療用)

被保険者	氏名		被保険者番号		診療期間		診療日数	日	
	男・女	明・大・昭 年生			年 月 日から 年 月 日まで (期間中に診療しなかった月 月)				
傷病名 部位			診療開始日	年 月 日	転 帰		治癒	死亡	中止
					点数	摘 要			
初 診									
再 診									
投 薬・注 射									
X 線 検 査			模 平測 S倍 EMR その他						
処 置 及 び 手 術	即	普	覆	除	知	ラ	咬		
	抜 髓	麻 抜	感 染 根 拠	根 管 根 処	加 圧 根 充				
	根 充	即 充	失 即 充	生 切					
	除 石	P C	P 処	切 開					
	抜 歯	前 白 難 埋							
	その他				特 定 薬 剤				
麻 酔	伝 麻	浸 麻	I S	その他					
歯 冠 修 復 及 び 欠 損 補 綴	補 診			印 象					
	歯 冠 形 成	(生活) 前 鑄 シ 帯	(失活) 前 鑄 シ 帯	(根 面・窩 洞)	支 台 築 造	咬 合 試 適	E E 研 磨 ピ ン		
	鑄 造 歯 冠 修 復	14 K			前 装 冠	バ ニ 銀		リ ティ ナー	
		パ 大			金 属 冠			装 着 材 料	
		パ 小 前							
		ニ 大						再 装 着	
		ニ 小 前							
	銀 大								
	銀 小 乳 前			ジ			硬 シ		
	ボ ン テ イ ッ ク	鑄 造	裏 装		装 着			人 工 歯	
有 床 義 歯 鑄 造 前			床 裏 装	床 修 理	ろ う				
					保 修				
義 歯 調 整	新 製・床 裏 装・1 算 定		年 月						
そ の 他									
合 計	医 療 の 給 付 点 数	請 求 点 数	(点)	一 部 負 担	(円)	決 定 点 数	(点)		
<p>上記のとおり証明します。 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">             保険医療機関名              所 在 地              担当医師の氏名              印              ※署名による場合は、押印を省略することができます。         </p>									

様式第 21 号 (第 18 条関係)

後期高齢者医療調剤内容証明書

被保険者	氏名				被保険者番号		
	男・女	明・大・昭	年生				
病院又は診療所	所在地				保険医の名称		
	名称						
処方月日	調剤月日	剤型	処方	点数	数量	請求点数	
・	・	内服 屯服 注射 外用		調剤料		点	
・	・			薬剤料			
・	・			計			
・	・						
・	・	内服 屯服 注射 外用		調剤料		点	
・	・			薬剤料			
・	・			計			
・	・						
・	・	内服 屯服 注射 外用		調剤料		点	
・	・			薬剤料			
・	・			計			
・	・						
・	・	内服 屯服 注射 外用		調剤料		点	
・	・			薬剤料			
・	・			計			
・	・						
処方せん受付回数			回	調剤基本料			
				指導料			
				合計			
				決定点数			
<p>上記のとおり証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>保険薬局名</p> <p>所在地</p> <p>担当薬剤師の氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>※署名による場合は、押印を省略することができます。</p>							

年 月 日

様

茨城県後期高齢者医療広域連合長

印

後期高齢者医療給付特別療養費支給額通知書

あなたが 年 月 日に受けた診療は特別療養費の支給対象となっておりますので、下記により口座振込の手続きをされるようお知らせします。

記

1 被保険者番号

2 被保険者氏名

3 申請日時 年 月 日～ 年 月 日

4 申請場所

指定日後の申請分は1か月遅れの支給になりますので、期間内に申請して下さい(記入もれのないように注意してください。)

5 持参するもの 保険証・通帳等(口座情報の記載があるもの)・受診時の領収書又はその写し

6 支給予定額

7 口座振替に関するお願い ○ご利用できる金融機関は、銀行、信用金庫、信用組合、及び農業・漁業協同組合です。

◆問い合わせ先

個人番号																				
申請日付	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 左詰記載してください																				
口座名義人 (フリガナ)																				

口座名義人はカタカナで上段から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。



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	年 月 日		
	住所			
疾病の名称				

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。

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

特定疾病認定に係る意見書

被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者 番 号									
	保 険 者 番 号									
	保 険 者	名 称						所 在 地		
	被 保 険 者	氏 名						生 年 月 日 明 治 大 正 昭 和                      年   月   日		
	疾 病 名	<p>1 人工腎臓を実施している慢性腎不全</p> <p>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</p> <p>3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群</p> <p>〔 該当する番号を ○で囲むこと。 〕</p>								

医 師 の 意 見 欄	<p>上記に相違ありません。</p> <p>年   月   日</p> <p>(保険医療機関等の所在地・名称)</p> <p>(医師の氏名)</p>
----------------------------	--

年 月 日

様

茨城県後期高齢者医療広域連合長

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 項に基づく特定疾病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。

被保険者番号	
氏 名	
却下年月日	
却下理由	

審査請求及び取消訴訟

この決定に不服があるときは、この決定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、茨城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。ただし、原則として、この決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

なお、この決定の取消しの訴えは、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、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、又は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、裁決があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内に、茨城県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、茨城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、裁決の日の翌日から起算して 1 年を経過すると訴えを提起することができなくなります。

問い合わせ先

後期高齢者医療長期入院日数届書

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		

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	

※該当する項目を☑としてください。

1. 上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。
2. 資格確認書を保有し、長期入院被保険者として認定された場合は、長期入院該当日を資格確認書に併記することを希望いたします。

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合 宛て

年 月 日

様

茨城県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療長期入院該当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 67 条第 1 項及び後期高齢者医療の食事療養標準負担額（平成 19 年厚生労働省告示第 395 号）の規定に基づく長期入院該当の適用申請については、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	
却下理由	

不服申立て及び取消訴訟

この決定に不服があるときは、この決定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、茨城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。

ただし、原則として、この決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

なお、この決定の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でない限り提起できませんが、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、決定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、又は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、裁決があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内に、茨城県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、茨城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、裁決の日の翌日から起算して 1 年を経過すると訴えを提起することができなくなります。

問合せ

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号		個人番号	
氏名			
生年月日	年 月 日	電話番号	

医療費の窓口負担について、医療費助成制度を利用し減免の認定を受けているか。  
(※該当者のみ記入)

制度名ー (費用徴収の 有 ・ 無)

発病又は負傷の理 第三者行為 第三者行為以外の一般疾病

※上記について、原子爆弾被害者に対する公費負担医療制度および無料低額診療制度などを利用されている方は、必ず記入してください。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店 支店 出張所						預金種別	普通 当座 ( )
口座番号等 左記記載してください									
口座名義人 (カタカナ)									

口座名義人はカタカナで上段から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、高額療養費の支給を申請します。  
なお、再審査や過誤等により支給額が変動した場合に、次回以降に発生する高額療養費と相殺処理を行うことに同意します。

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

申請者 干

住所

氏名

委任欄

私は、 \_\_\_\_\_ を代理人と定め、後期高齢者医療高額療養費に係る申請 ・ 受領 に関する一切の権限を委任します。

委任者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

後期高齢者医療高額療養費等（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（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	氏名	生年月日	年 月 日 生	個人番号	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		年 月 日から 年 月 日まで

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
			年 月 日から 年 月 日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	口座名義人 (フリガナ)	振込先口座 管理番号
1. 窓口払い 2. 口座振込							1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他			

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			

〒311-4141 茨城県水戸市赤塚 1 丁目 1 番地（ミオス 1 階）  
茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

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。  
 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ください。  
 高額療養費(外来年間合算)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。

郵便番号 住所  
 申請代表者  
 氏名  
 電話番号

委任欄  
 私は、\_\_\_\_\_を代理人と定め、高額療養費(外来年間合算)等支給に係る 申請 ・ 受領 に関する一切の権限を委任します。  
 委任者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

	人中		人目		枚中		枚目
--	----	--	----	--	----	--	----

様式第 27 号の 3 (第 26 条の 2 関係)

年 月 日

保 険 者	

様

茨城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（外来年間合算）支給決定通知書

高額療養費（外来年間合算）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。

被 保 険 者 名		被保険者番号	
-----------	--	--------	--

計 算 対 象 期 間	年 月 ～ 年 月		
申 請 年 月 日	年 月 日	決 定 年 月 日	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			
備 考			

審査請求及び取消訴訟

この決定に不服があるときは、この決定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、茨城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。ただし、原則として、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

なお、この決定の取消しの訴えは、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、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、又は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、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、茨城県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、茨城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、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると訴えを提起することができなくなります。

◆問い合わせ先



様式第 27 号の 4 (第 26 条の 2 関係)

年 月 日

保 険 者	

様

茨城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（外来年間合算）不支給決定通知書

高額療養費（外来年間合算）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。

被 保 険 者 名		被保険者番号	
-----------	--	--------	--

計 算 対 象 期 間	年 月 ～		年 月
申 請 年 月 日	年 月 日	決 定 年 月 日	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			
不 支 給 の 理 由			
備 考			

審査請求及び取消訴訟

この決定に不服があるときは、この決定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、茨城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。ただし、原則として、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

なお、この決定の取消しの訴えは、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、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、又は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、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、茨城県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、茨城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、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると訴えを提起することができなくなります。

◆問い合わせ先

後期高齢者医療高額療養費 (外来年間合算) 支給額計算結果連絡票

フリガナ			
対象者氏名			
生年月日	年 月 日		
自己負担額証明書整理番号			
保険者番号		被保険者記号	
被保険者番号		対象年度	年度
計算対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
自己負担額			
所得区分			
高額療養費 (外来年間合算) 上限額			円
支給総額			円
按分後の支給額			円
備考			

〒

(所在地)

\_\_\_\_\_ 御中

左記のとおり連絡します。

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 印

【問い合わせ先】

〒

電話番号

【計算結果の内訳】

連絡票整理番号

保険者名	自己負担額証明書 整理番号	対象者氏名	負担額	按分率	支給額
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
計					

様式第 27 号の 6 (第 26 条の 2 関係)

年 月 日

保 険 者	

様

茨城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（外来年間合算）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			
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			

◆問い合わせ先

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

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 (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				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		年 月 日から 年 月 日まで

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
			年 月 日から 年 月 日まで

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
			年 月 日から 年 月 日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	口座名義人 (フリガナ)	振込先口座 管理番号
1. 窓口払い 2. 口座振込							1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他			

加入 保険 歴 者	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			

〒311-4141 茨城県水戸市赤塚1丁目1番地 (ミオス1階)  
茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

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。

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ください。

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のみを丸で囲んでください。

※本申請書をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。 はい/いいえ

郵便番号 住所  
申請代表者 氏名  
電話番号

委任欄

私は、\_\_\_\_\_を代理人と定め、高額介護合算療養費等支給に係る 申請 ・ 受領 に関する一切の権限を委任します。

委任者氏名 印 住所

人中 人目

枚中 枚目

## ご記入上の注意事項等

### 1. 高額介護合算療養費等支給申請について

- (1) 医療保険の自己負担額と介護保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）として支給されます。
- (2) 各資格情報欄については、申請対象年度末日（記載年の7月末日）に加入する医療保険（介護保険）の資格情報を記載してください。
- (3) 国民健康保険資格情報の続柄欄、「2. 擬制世帯主」とは世帯員が国保の被保険者であるが、世帯主は国保の加入者ではない場合を指します。
- (4) 計算期間の始期及び終期の間加入する医療保険（介護保険）に変更があった場合、保険者加入暦欄に以前に加入していた医療保険（介護保険）の保険者名称（広域連合名称）と加入期間を記載し、また同保険者（広域連合）加入時の自己負担額証明書を添付する場合には同証明書整理番号を記載してください。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載してください。  
なお、申請対象年度末日に加入している医療保険（介護保険）については、当該保険者加入履歴への記載は不要です。
- (5) 複数名の支給額の同一口座への振込を希望する場合、該当者の振込口座記載欄（金融機関名から口座名義人まで）は記載せず、振込先口座管理番号欄に希望振込先口座の口座管理番号を記載してください。  
例）口座管理番号2の被保険者への支給額を、口座管理番号1の被保険者の口座へ振り込んでほしい場合、口座管理番号2の被保険者の振込口座記載欄は記載せず、振込先口座管理番号欄に1と記載する。
- (6) 備考欄には、以下の内容を記載してください。
  - ①国民健康保険、後期高齢者医療の被保険者
    - ・当該医療保険者（広域連合）の所在地、及び同医療保険者における計算期間内の受診歴（以前に加入していた医療保険者における受診歴は記載する必要はありません。）
  - ②健保組合等被用者保険の被保険者で介護保険の被保険者
    - ・健保組合等被用者保険の名称、所在地、及び同保険者における計算期間内の受診歴
  - ③死亡・海外移住・生保適用等により計算期間の途中に被保険者資格を喪失した者（ただし、介護保険適用除外施設入所・他保険者への転出による資格喪失者を除く）
    - ・被保険者資格を喪失した年月日、被保険者資格を喪失した事由
- (7) 国民健康保険における高額介護合算療養費は、世帯主・世帯員の支給合計額が世帯主（擬制世帯主）の口座に振り込まれることとなりますので、ご注意ください。
- (8) 2名を超える対象者を記載する場合等、複数枚に渡ることがわかるよう、右下の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載してください。
- (9) 介護保険被保険者証が交付されていない介護保険被保険者については、介護保険情報（保険者番号、被保険者番号、保険者の名称、加入期間）の記載は不要です。
- (10) 介護保険で給付制限を受けており、自己負担が3割となっている方については、その給付制限期間中は自己負担額が零として計算されることとなり、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。

### 2. 自己負担額証明書交付申請について

- (1) 自己負担額証明書の交付を申請する場合、必ず同じ市町村の保険者番号を記載してください（2以上の市町村の保険者番号を記載しないでください。）。
- (2) 医療保険（介護保険）資格情報ごとに、複数保険者分の自己負担額証明書が必要である場合、それぞれの保険者へ申請する必要があります。

## 保険者記入上の注意事項

1. 複数枚に渡る支給申請の受付時において、右上の支給申請書整理番号には提出者単位で同一の番号を記載すること。
2. 支給申請書整理番号は以下の番号体系とすること。  
「GYY（申請対象年度和暦、平成の場合、Gは“4”）+保険者番号8桁（国保保険者の場合、先頭2桁を“00”（退職者医療に係るものは“67”）とする）+保険者が付する通し番号6桁」（計17桁）  
なお、保険者が付する通し番号は、申請対象年度ごとに申請受付順に1から付番すること。
3. 保険者加入歴に介護保険（総合事業）自己負担額証明書整理番号の番号体系については、以下のとおり。  
「証明対象年度西暦（4桁）+“98”+保険者番号（6桁）+保険者が付する通し番号（8桁）」

## 備考

1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

様式第 27 号の 8 (第 26 条の 3 関係)

年 月 日

保 険 者	

様

茨城県後期高齢者医療広域連合長

印

### 高額介護合算療養費等支給決定通知書

先に申請のありました高額介護合算療養費等支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

被 保 険 者 名		被保険者番号	
-----------	--	--------	--

計 算 対 象 期 間	年 月 ～ 年 月		
申 請 年 月 日	年 月 日	決 定 年 月 日	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			
不 支 給 の 理 由			
備 考			

#### 審査請求及び取消訴訟

この決定に不服があるときは、この決定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、茨城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。ただし、原則として、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

なお、この決定の取消しの訴えは、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、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、又は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、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、茨城県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、茨城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、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると訴えを提起することができなくなります。

#### ◆問い合わせ先

様式第 27 号の 9 (第 26 条の 3 関係)

年 月 日

保 険 者	

様

茨城県後期高齢者医療広域連合長

印

### 高 額 介 護 合 算 療 養 費 等 不 支 給 決 定 通 知 書

先に申請のありました高額介護合算療養費等支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

被 保 険 者 名		被 保 険 者 番 号	
-----------	--	-------------	--

計 算 対 象 期 間	年 月 ～ 年 月		
申 請 年 月 日	年 月 日	決 定 年 月 日	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			
不 支 給 の 理 由			
備 考			

#### 審査請求及び取消訴訟

この決定に不服があるときは、この決定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、茨城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。ただし、原則として、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

なお、この決定の取消しの訴えは、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、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、又は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、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、茨城県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、茨城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、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると訴えを提起することができなくなります。

#### ◆問い合わせ先





様式第 27 号の 11 (第 26 条の 3 関係)

年 月 日

保 険 者	

様

茨城県後期高齢者医療広域連合長

印

茨 城 県 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			
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			

◆問い合わせ先

様式第 28 号 (第 27 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

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	年 月 日
死亡の場所	
死亡の原因	第三者行為 第三者行為外の一般疾病
その他	
葬祭執行者	葬 祭 日 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 左語記載してください			
口座名義人 (カタカナ)			

口座名義人はカタカナで上段から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。

上記のとおり申請します。

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

様式第 28 号の 2 (第 27 条の 2 関係)

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書 (被保険者記入用)

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者 番 号														
	(フリガナ)											生年月日	大正		
	氏 名												昭和 年 月 日		
	住 所														
振 込 先	金 融 機 関 名 称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他 ( )						本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他 ( )							
		金融機関 コード						支店 コード						※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入	
	預 金 種 別	普通・当座 その他 ( )				口 座 番 号									
	口 座 名 義 (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1字空けてください。															
令和 年 月 日															
上記のとおり申請します。															
茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て															
殿															
住 所															
申請者氏名															
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	令和 年 月 日														
	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。														
	住 所														
代 理 人 (口座名義人)	氏 名	印													
	住 所											被保険者との関係			
	(フリガナ)														
氏 名															

保 険 者 記 入 欄	支 給 決 定 額													

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
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（具体的に）			
④療養のために休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	⑤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
⑥	上記の療養のために休んだ期間にあたる給与等の支払いを受けられましたか。または、今後受けられますか。	1. はい    2. いいえ	
⑦	⑥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	令和 年 月 日
	上記③～⑦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 <span style="float: right;">印</span> ※署名による場合は、押印を省略することができます。
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。

<b>被保険者氏名</b>			
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	
令和 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	
令和 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)	
令和 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	
令和 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	
令和 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 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算 締日 支払日 1. 当月 2. 翌月
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。			
期間 区分	単価（円）	月 日 ～ 月 日 分	月 日 ～ 月 日 分
		(A) 支給額（円）	(B) 支給額（円）
基本給			(C) 支給額（円）
時給			
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。			
令和 年 月 日			
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 <span style="float: right;">印</span>			
※署名による場合は、押印を省略することができます。			
担当者氏名		電話番号	

事業主が証明するところ

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書（医療機関記入用）

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名								
	傷病名				初診日	令和 年 月 日			
	発病年月日	令和 年 月 日			発病の原因				
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から							
		令和 年 月 日まで							
	うち、入院期間	令和 年 月 日から			療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 公費（ ） <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他			
		令和 年 月 日まで			転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医			
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和 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					診療実日数	日
		令和 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					診療実日数	日
		令和 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					診療実日数	日
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	令和 年 月 日				
				退院年月日	令和 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									
令和 年 月 日									
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 _____ 印 _____ 電話番号 _____ ※署名による場合は、押印を省略することができます。									

年 月 日

様

年度分 後期高齢者医療簡易申告書

年 月 日 提出

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

この申告書は 年度後期高齢者医療保険料算定及び負担区分判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	㊦ 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	※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を除く
譲 渡	円	円	円	※下記㊨欄に必要経費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 その他( )
2 その他の資産			

(回答、問い合わせ先)

公 示 送 達 書	
第 号 年 月 日	
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 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 の規定により、次の書類を公示します。	
茨城県後期高齢者医療広域連合長	
印	
送達する書類名	
<p>(注意)</p> <p>上記の書類は、市町村の後期高齢者医療担当課に保管してありますので、後期高齢者医療担当課窓口において受領してください。</p> <p>なお、高齢者の医療の確保に関する法律第 112 条において準用する地方税法第 20 条の 2 の規定により、上記の書類を受領しないときは、公示した日から起算して 7 日を経過したとき、この書類の送達があったものとみなされます。</p>	



様式第 31 号 (第 32 条関係)

公示送達者名簿

市 (町・村) 関係 (通知書の保管場所 : ) 件

被保険者番号	納 付 義 務 者 の 住 所	納付義務者の氏名

様

茨城県後期高齢者医療広域連合長

印

後期高齢者医療過料決定通知書

次のとおり、過料の処分を決定したので通知します。

過料決定額	
過料の根拠	
過料が科された原因	

※ 過料の納入については、納額告知書によって納めてください。

審査請求及び取消訴訟

- 1 この決定に不服があるときは、この決定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、茨城県後期高齢者医療広域連合長に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 この決定については、この決定を知った日の翌日から起算して6か月以内に、茨城県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、茨城県後期高齢者医療広域連合長）として処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、上記1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。