佐賀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27年12月21日規則第３号）

改正　平成28年３月31日規則第５号　　平成29年３月24日規則第１号

佐賀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３月 28 日規則第１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 27 条）
第４章　保険料（第 28 条－第 33 条）
第５章　雑則（第 34 条）
附則

第１章　総則

（趣旨）

第１条　この規則は、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「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。）及び佐賀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 年佐賀県後期高齢者医療広域連合条例第 21 号。以下「条例」という。）の施行に関し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に関する申請は、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）によるものとする。

２　広域連合長は、前項の規定による障害認定に関する申請書を受理し、審査を行った結果、施行令第３条別表で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し、施行令第３条別表で定める程度の障害の状態にないことを確認したときは、後期高齢者医療障害認定申請却下通知書（様式第２号）により通知するものとする。

（障害認定申請の撤回）

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、障害認定申請の撤回をしようとするときは、様式第１号に被保険者証を添えて、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（取得・喪失）証明書（様式第３号）を当該申請者に交付するものとする。

（被保険者の資格に係る届出）

第４条　次の各号に掲げる届出は、様式第１号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 24 条の規定による世帯変更の届出

（５）施行規則第 25 条の規定による障害状態不該当の届出

（６）施行規則第 26 条の規定による資格喪失の届出

２　被保険者若しくは被保険者であった者は、後期高齢者医療被保険者資格（取得・喪失）証明書交付申請書（様式第４号）により、被保険者資格に関する事項を広域連合長に申請することができるものとする。

３　広域連合長は、前項の申請書を受理したときは、様式第３号を当該申請者に交付するものとする。

４　被保険者は、施行規則第 26 条の規定により、広域連合の区域外に住所を変更し、被保険者の資格を喪失するときは、後期高齢者医療（負担区分・被用者保険の被扶養者・障害認定・特定疾病認定）証明書交付申請書（様式第５号）により、広域連合長に申請しなければならない。

５　広域連合長は、前項の場合において、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６号）を交付するものとし、被保険者が法第 99 条第２項の被用者保険の被扶養者であった被保険者に該当するとき、法第 50 条第１項第２号の障害認定による被保険者に該当するとき、施行令第 14 条第６項の特定疾病認定による被保険者に該当するときは、それぞれに該当する旨の証明書（様式第７号）を交付するものとする。

（病院等に入院、入所又は入居中のものに関する届出）

第５条　施行規則第 12 条の規定により、法第 55 条第１項又は第２項の適用を受けることにより当該広域連合区域外に住所を有し当該広域連合の被保険者資格の適用となる場合の届出は、様式第１号によるものとする。

２　施行規則第 12 条の規定により、法第 55 条第１項又は第２項の適用を受けることにより当該広域連合区域内に住所を有するが他の広域連合の被保険者資格の適用となる場合の届出は、他都道府県広域連合からの住所地特例（適用・変更・終了）届書（様式第８号）によるものとする。

（被保険者証の返還通知）

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通知は、後期高齢者医療被保険者証の返還通知書（様式第９号）によるものとする。

（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、特別の事情に関する届書（様式第 10 号）によるものとする。

（公費負担医療に関する届出）

第８条　施行規則第 17 条の２の規定により、法第 54 条第４項に規定する原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成６年法律第 117 号）による一般疾病医療費の支給又は施行規則第 13 条第１項に定める厚生労働省令で定める医療に関する給付を受けることができる被保険者に対して求める届書は、公費負担医療に関する届書（様式第 11 号）によらなければならない。

（被保険者証等の再交付申請）

第９条　施行規則第 19 条第１項の規定による被保険者証の再交付申請は、後期高齢者医療各証書等再交付申請書（様式第 12 号）によるものとする。

２　広域連合長は、前項による申請書を受理した場合は被保険者証を交付するものとする。

３　この規則における後期高齢者医療に関する各証（短期被保険者証、被保険者資格証明書、限度額適用・標準負担額減額認定証、特定疾病療養受療証）の再交付申請は、第１項及び第２項を準用し、各証を再交付するものとする。

（被保険者証等の更新）

第１０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及び施行規則第 21 条の規定による被保険者資格証明書の更新は、原則として１年ごとに行う。

２　被保険者証及び被保険者資格証明書（以下「被保険者証等」という。）の更新時期は、毎年８月１日とする。

３　特別の事由により前２項の規定により難いときは、有効期間を延長し、又は繰り上げて更新することができる。この場合において、被保険者証等の有効期限は、当該被保険者証等に記載した期限とする。

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 条の規定による基準収入額適用申請は、後期高齢者医療基準収入額適用申請書（様式第 13 号）によるものとする。

２　広域連合長は、前項の規定による申請書を受理し、審査を行った結果、施行令第７条第３項に規定する基準収入額適用の対象であることを確認したときは、法第 67 条第１項第１号に規定する負担割合に変更した被保険者証を交付するものとする。

３　前項の被保険者証の交付を受けた被保険者は、負担割合を変更する前の被保険者証を広域連合長に返還しなければならない。

４　広域連合長は、第１項の規定による申請書を受理し、審査を行った結果、施行令第７条第３項に規定する基準収入額適用の対象でないことを確認したときは、後期高齢者医療基準収入額適用申請却下通知書（様式第 14 号）により通知するものとする。

５　広域連合長は、基準収入額適用を受けた被保険者がその要件を満たさなくなったときはこれを取り消し、後期高齢者医療基準収入額適用取消通知書（様式第 15 号）により通知するとともに、法第 67 条第１項第２号に規定する負担割合に変更した被保険者証を交付するものとする。

６　前項の被保険者証の交付を受けた被保険者は、負担割合を変更する前の被保険者証を広域連合長に返還しなければならない。

（一部負担金の減免又は徴収の猶予の申請）

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免又は徴収の猶予に関する申請は、後期高齢者医療一部負担金減免及び徴収猶予申請書（様式第 16 号）によるものとする。

２　広域連合長は、前項の規定による申請書を受理し、審査を行った結果、施行規則第 33 条第１項に規定する特別な事情に該当することを認めたときは、

後期高齢者医療一部負担金（減免・徴収猶予）決定通知書（様式第 17 号）により通知するとともに、後期高齢者医療一部負担金減免証明書（様式第 18 号）又は後期高齢者医療一部負担金徴収猶予証明書（様式第 19 号）を交付するものとする。

３　一部負担金の減免又は徴収の猶予を行う期間は、６箇月以内とし、当該申請書を受理した日の属する月を含め１月を単位とする。

４　広域連合長は、第１項の規定による申請書を受理し、審査を行った結果、施行規則第 33 条第１項に規定する特別な事情に該当しないことを認めたときは、後期高齢者医療一部負担金減免及び徴収猶予申請却下通知書（様式第 20 号）により通知するものとする。

（一部負担金の減免又は徴収猶予の取消し）

第１３条　広域連合長は、一部負担金の減免又は徴収の猶予の適用を受けた被保険者が次の各号のいずれかに該当するときは、当該額の全部又は一部を取り消し、当該取り消しの日の前日までの間にその支払いを免れた額を一時に徴収することができる。

（１）資力の回復その他の事情の変化により、一部負担金の減免等の適用が不適当と認められるとき

（２）虚偽の申請その他の不正の行為により、一部負担金の減免等の適用を受けたと認められるとき

２　前項の場合にあっては、あらかじめ当該被保険者から事情を聴取するものとする。ただし、緊急その他の必要がある場合については、この限りでない。

３　広域連合長は、第１項の規定により当該額の全部又は一部を取り消す場合は、当該被保険者に後期高齢者医療一部負担金減免等取消通知書（様式第 21 号）により通知するものとする。

（食事療養標準負担額の差額及び生活療養標準負担額の差額支給申請）

第１４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又は施行規則第 42 条第２項の規定による生活療養標準負担額の差額の支給に関する申請は、後期高齢者医療食事（生活）療養標準負担額差額支給申請書（様式第 22 号）によるものとする。

２　広域連合長は、前項の規定による申請書を受理し、食事療養費については施行規則第 37 条第１項、生活療養費については施行規則第 42 条第１項の規

定に該当するかの審査を行い、後期高齢者医療給付支給決定通知書（様式第23号)、後期高齢者医療療養費支給決定通知書（様式第 23 号の２）又は後期高齢者医療給付支給申請却下通知書（様式第 24 号）により通知するものとする。

（第三者の行為による被害の届出）

第１５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（様式第 25 号）によるものとする。

（療養費及び移送費の申請）

第１６条　施行規則第 47 条第１項の規定による療養費又は施行規則第 60 条第１項の規定による移送費の支給申請は、後期高齢者医療療養費支給申請書（様式第 26 号）によるものとする。ただし、柔道整復師の施術に係る療養費につき、協定又は契約による受領委任の取り扱いをする場合の療養費の支給に係る申請は、協定又は契約に定める柔道整復師施術療養費支給申請書によるものとする。

２　広域連合長は、前項の規定による申請書を受理し、療養費支給基準により療養費の支給の必要があると認めたときは、様式第 23 号、様式第 23 号の２又は後期高齢者医療療養費（代理受領）支給決定通知書（様式第 23 号の３）により、療養費支給基準により必要がないと認めたときは、様式第 24 号により通知するものとする。

（特別療養費の申請）

第１７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申請は、後期高齢者医療給付特別療養費支給対象額通知書兼支給申請書（様式第 27 号）によるものとする。

２　広域連合長は、前項の規定による申請書を受理し、特別療養費の支給の必要があると認めたときは、様式第 23 号又は様式第 23 号の２により、特別療養費の支給の必要がないと認めたときは、様式第 24 号により通知するものとする。

（特定疾病給付対象療養に係る申出）

第１８条　施行規則第 61 条の２第１項の規定により、健康保険法施行令第 41 条第７項に規定する厚生労働大臣が定める実施機関を経由して行う特定疾病

給付対象療養における申出は、後期高齢者医療特定疾病給付対象療養に係る認定申出書（様式第 28 号）によるものとする。ただし、この実施機関に被保険者がその届出を委任している場合は、実施機関が定める公簿等により行うことができるものとする。

2　広域連合長は、前項の申出により施行令第 15 条第１項各号に掲げる者の所得区分を認定した場合は、後期高齢者医療特定疾病給付対象療養に係る認定通知書（様式第 29 号）により通知するものとする。ただし、前項の実施機関に被保険者が委任している場合は、実施機関が定める公簿等により行うことができるものとする。

（特定疾病の認定の申請）

第１９条　施行規則第 62 条第１項の規定による特定疾病の認定に関する申請は、後期高齢者医療特定疾病認定申請書（様式第 30 号）によるものとする。

2　広域連合長は、前項の規定による申請書を受理し、審査を行った結果、施行令第 14 条第６項に規定する特定疾病の対象であることを確認したときは、後期高齢者医療特定疾病療養受療証を交付し、施行令第 14 条第６項に規定する特定疾病の対象でないことを確認したときは、後期高齢者医療特定疾病認定申請却下通知書（様式第 31 号）により通知するものとする。

（限度額適用の認定）

第２０条　施行規則第 67 条第１項の規定による限度額適用認定に関する申請は、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書（様式第 32 号）によるものとする。

2　広域連合長は、前項の規定による申請書を受理し、審査を行った結果、施行令第 16 条第１項第１号ハ又はニに規定する限度額適用の対象であることを確認したときは、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証を交付するものとし、施行令第 16 条第１項第１号ハ又はニに規定する限度額適用の対象でないことを確認したときは、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請却下通知書（様式第 33 号）により通知するものとする。

3　広域連合長は、申請者が施行規則第 67 条第３項第２号の規定に該当し限度額適用の対象外に至ったことを確認した場合は、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の返還通知書（様式第 34 号）により証の返還を求めるものとする。

（限度額適用・標準負担額減額認定証の更新）

第２１条　施行規則第 67 条第６項に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。

（高額療養費の申請）

第２２条　施行規則第 70 条第１項の規定による高額療養費の支給申請は、後期高齢者医療高額療養費支給申請書（様式第 35 号）によるものとする。

２　広域連合長は、前項の規定による申請書を受理し、審査を行った結果、高額療養費の支給対象であることを確認したときは様式第 23 号、後期高齢者医療高額療養費支給決定通知書（様式第 23 号の４）、高額療養費の支給対象でないことを確認したときは様式第 24 号により通知するものとする。

（高額介護合算療養費等の申請）

第２３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等の支給申請は、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 36 号）によるものとする。

２　広域連合長は、前項の規定による申請書を受理し、審査の結果、高額介護合算療養費等の支給対象であることを確認したときは、高額介護合算療養費等支給決定通知書（様式第 37 号、様式第 37 号の２又は様式第 37 号の３）、高額介護合算療養費等の支給対象でないことを確認したときは、高額介護合算療養費等不支給決定通知書（様式第 38 号又は様式第 38 号の２）により通知するものとする。

（自己負担額証明書の交付申請）

第２４条　施行規則第 71 条の 10 第１項の規定による自己負担額証明書の交付申請は、様式第 36 号によるものとする。

２　広域連合長は、前項の規定による申請書を受理したときは、後期高齢者医療自己負担額証明書（様式第 39 号）を交付するものとする。

（特別の事情に関する届出）

第２５条　施行規則第 73 条の規定による特別の事情に関する届出は、様式第 10 号によるものとする。

（一時差止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通知）

第２６条　施行規則第 75 条の規定による通知は、後期高齢者医療保険料控除通

知書（様式第 40 号）によるものとし、あらかじめ当該被保険者に対する納付相談により医療給付額を滞納保険料に充当する旨の承諾を得るものとする。

（葬祭費の支給申請）

第２７条　条例第２条に規定する葬祭費の支給申請は、後期高齢者医療葬祭費支給申請書（様式第 41 号）によるものとする。

２　広域連合長は、前項の規定による申請書を受理し、審査の結果、葬祭執行者に対し葬祭費の支給の必要があると認めたときは、様式第 23 号又は後期高齢者医療葬祭費支給決定通知書（様式第 23 号の５）、葬祭費の支給の必要がないと認めたときは、様式第 24 号により通知するものとする。

第４章　保険料

（保険料の額の通知）

第２８条　条例第 16 条の規定による通知は、後期高齢者医療保険料額決定通知書（様式第 42 号）、後期高齢者医療保険料額変更決定通知書（様式第 43 号）、後期高齢者医療暫定保険料額決定通知書（様式第 44 号）又は後期高齢者医療保険料仮徴収額決定通知書（様式第 45 号）によるものとする。

（保険料の徴収猶予申請）

第２９条　条例第 17 条第２項の規定による申請は、後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書（様式第 46 号）によるものとする。

２　前項の規定による申請に対する処分の通知は、後期高齢者医療保険料徴収猶予決定（却下）通知書（様式第 47 号）によるものとする。

（保険料の徴収猶予の取消）

第３０条　保険料の徴収猶予の一部又は全部を取り消す場合は、後期高齢者医療保険料徴収猶予取消通知書（様式第 48 号）により通知するものとする。

２　広域連合長は、保険料の徴収猶予を受けたものが次の各号に掲げる場合に該当するときは、徴収猶予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、徴収猶予をすることが不適当であると認められるとき。

（保険料の減免申請）

第３１条　条例第 18 条第２項の規定による申請書は、後期高齢者医療保険料減免申請書（様式第 49 号）によるものとする。

２　前項の規定による申請に対する処分の通知は、後期高齢者医療保険料減免決定通知書（様式第 50 号）又は後期高齢者医療保険料減免却下通知書（様式第 51 号）によるものとする。

（保険料の減免の取消）

第３２条　保険料の減免の一部又は全部を取り消す場合は、後期高齢者医療保険料減免取消通知書（様式第 52 号）により通知するものとする。

２　広域連合長は、保険料の減免を受けたものが次の各号に掲げる場合に該当するときは、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、徴収猶予をすることが不適当であると認められるとき。

（保険料に関する申告書)

第３３条　条例第 19 条による申告書は、後期高齢者医療簡易申告書（様式第 53 号）によるものとする。

第５章　雑則

（補則）

第３４条　この規則に定める様式のほか、その他必要な様式については、別に定めるものとする。

２　前項のほか、この規則の施行に関し必要な事項は、別に定める。

附　則

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３月31日規則第５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３月24日規則第１号）

この規則は、平成29年４月１日から施行する。

様式第１号（第２条、第３条、第４条、第５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

	取得（変更・喪失）	変更前	事由
① フリガナ	男・女	男・女	１．取得 □75歳に到達 □他広域連合より転入 □障害認定申請 □生活保護廃止 □その他(　　) 上記の事由発生年月日 (　　・　　・　　)
② 氏　　名			
③ 生 年 月 日	明・大・昭　　年　　月　　日	明・大・昭　　年　　月　　日	
④ 被保険者の住　　所	〒 TEL:	〒 TEL:	
⑤ 被保険者番号			
⑥ 個人番号	※障害認定申請、生活保護廃止の場合は、個人番号の記入は不要です。		
⑦ 医療保険の加入状況	（被保険者、組合員又は世帯主氏名）		２．　変更 □氏名の変更 □広域連合区域内転居 □同一市町内転居 □住所地特例の適用 □住所地特例の解除 □継続住所地の変更 □その他(　　) 上記の事由発生年月日 (　　・　　・　　)
	（世帯主住所）		
	（世帯主との続柄）		
	（被保険者又は組合員証の記号番号）		
	（保険者の名称）		３．　喪失 □死亡 □他広域連合へ転出 □障害認定撤回 □生活保護開始 □住所地特例の解除 □その他(　　) 上記の事由発生年月日 (　　・　　・　　)
	（保険者の所在地）		
⑧ 障害の状況	障害認定の基礎となった書類 □ 国民年金証書 （　　級　　号） □ 身体障害者手帳(　　県　　号　　級) □ 療育手帳（　　県 障害程度　　判定 手帳番号　　） □ 精神障害者保健福祉手帳（　　県　　級 手帳番号　　） □ 診断書 □ 転入前の後期高齢者医療広域連合長の障害認定証明書 □ その他(　　) 障害の状況　　号該当		□送付先変更届出あり □被保険者証発行 □短期被保険者証発行 □資格証明書発行 証回収年月日 (　　・　　・　　)

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　　申請者（記入された方）

住　　所　〒　　－

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　様　　氏　　名　　㊞

電話番号

被保険者との関係（　　）

※障害認定及び撤回の場合　被保険者から依頼を受けた日（　　年　　月　　日）

備考	

（裏面）

記 入 上 の 注 意 事 項

この用紙は、後期高齢者医療に関する申請又は届出をするときに、次により使用して下さい。

1　標題の不要の字句の抹消について

標題は次により不要の字句を抹消して下さい。

（1）　障害の認定を申請する場合

標題の「及び資格取得（変更・喪失）届書」の字句を抹消して下さい。

（2）　資格取得（変更・喪失）について届出する場合

標題の「障害認定申請書及び」の字句を抹消して下さい。

2　「取得（変更・喪失）」欄の記入について

表頭の「取得（変更・喪失）」欄は次により記入して下さい。

（1）　障害の認定を申請する場合

①から⑧までの欄のうちの該当欄に所要事項を記入して下さい。

（2）　資格の取得、変更又は喪失について届出する場合

届出の内容に応じ、①から⑦までの欄のうちの該当欄に所要事項を記入して下さい。

3　「変更前」欄の記入について

表頭の「変更前」欄は、被保険者資格の変更又は喪失について届出する場合に、届出の内容に応じ、①から⑦までの欄のうちの該当欄に、変更又は喪失前の状況を記入して下さい。

4　「事由」欄の記入について

（1）　申請又は届出をする場合の事由に該当する字句の頭にある□の中に✓印を記入し、「上記の事由発生年月日（　・　・　）」の（　）の中にその発生年月日を記入して下さい。

なお、「事由」欄に該当する字句がない場合は、「その他（　）」の頭にある□の中に✓印を記入し、（　）の中にその事由を記入して下さい。

（2）　短期被保険者証発行及び資格証明書については、発行をうけている場合に✓印を記入して下さい。

5　⑧欄の記入について

障害の認定を申請する場合に、障害の状態であることを証明することができる資料として添付する書類の該当する字句の頭にある□の中に✓印を記入し、その次の字句にある（　）の中に証書又は手帳の記号、番号を記入して下さい。

6　必要な書類について

届出をする場合には、次の書類を用意して下さい。

（1）　障害の認定を申請する場合

国民年金証書、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、診断書、県外からの転入において転入前の後期高齢者医療広域連合で障害の認定を受けていた場合にはその証明書等、障害の状態にあることが証明できる書類

（2）　被保険者資格取得（転入の場合を含む）の届出をする場合

（1）に同じ。

（3）　被保険者証の内容変更又は喪失の届出をする場合

被保険者証の内容及び届出の内容を明らかにすることができる書類

様式第２号（第２条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

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	

不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先

〒
住　　所
電話番号

様式第３号（第３条、第４条関係）

後期高齢者医療被保険者資格（取得・喪失）証明書

被保険者	氏　　名		性　別	男・女
	生 年 月 日	明・大・昭　　年　　月　　日		
	住　　所			
	被保険者番号			
保　険　者　名 （保険者番号）		佐賀県後期高齢者医療広域連合 3 9 4 1		
得 喪 年 月 日		（取得・喪失） 年　　月　　日		
一部負担金の割合		割		

上記のとおり、相違ないことを証明します。

年　　月　　日

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

交 付 番 号	―

様式第４号（第４条関係）

後期高齢者医療被保険者資格（取得・喪失）証明書交付申請書

被保険者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	性　別	男　・　女

上記の者について、　　年　　月　　日に、後期高齢者医療の資格（取得・喪失）となりましたので、後期高齢者医療被保険者資格（取得・喪失）証明書の交付を申請します。

年　　月　　日

申請者（記入された方）
住　所　〒　　－

氏　名　　㊞

電話番号　　（　　）

被保険者との関係（　　）

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　様

様式第５号（第４条関係）

後期高齢者医療（負担区分・被用者保険の被扶養者・障害認定・特定疾病認定）証明書交付申請書

年　月　日　（ 都･道･府･県 ）　（ 市･区･町･村 ）に転出するので、以下の者に係る下記の証明書の交付を申請します。

住　所	〒　－ 電話番号　（　）			
被保険者番号				
氏　名				
生年月日	明･大･昭 年　月　日	明･大･昭 年　月　日	明･大･昭 年　月　日	明･大･昭 年　月　日
性　別	男･女	男･女	男･女	男･女
証明書番号 （　※　）	１・２・３・４	１・２・３・４	１・２・３・４	１・２・３・４

※　交付を申請する証明書の番号を下記より選択し、〇で囲んでください。（複数選択可）

１　負担区分等証明書（被保険者と共に同一の世帯に転出される上記の世帯員の者も含む）
２　高齢者の医療の確保に関する法律第９９条第２項の被用者保険の被扶養者であった被保険者に該当する旨の証明書
３　高齢者の医療の確保に関する法律第５０条第１項第２号の障害認定証明書
４　高齢者の医療の確保に関する法律施行令第１４条第６項の特定疾病認定証明書

年　月　日

申請者（記入された方）
住　所　〒　－

氏　名　　㊞

電話番号　（　）

被保険者との関係（　）

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　様

様式第６号（第４条関係）

後期高齢者医療負担区分等証明書

<table>
<tr><td rowspan="5">1</td><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">該当する負担区分</td><td colspan="2">一定以上負担区分</td><td colspan="3">減額区分</td></tr>
<tr><td>基準額以上</td><td>基準額未満</td><td>非課税</td><td>老福</td><td>基準額以下</td></tr>
<tr><td colspan="3">前年12月31日現在の世帯にいる0歳以上16歳未満の世帯員</td><td>人</td><td>前年12月31日
現在の続柄</td></tr>
<tr><td colspan="3">前年12月31日現在の世帯にいる16歳以上19歳未満の世帯員</td><td>人</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">2</td><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">該当する負担区分</td><td colspan="2">一定以上負担区分</td><td colspan="3">減額区分</td></tr>
<tr><td>基準額以上</td><td>基準額未満</td><td>非課税</td><td>老福</td><td>基準額以下</td></tr>
<tr><td colspan="3">前年12月31日現在の世帯にいる0歳以上16歳未満の世帯員</td><td>人</td><td>前年12月31日
現在の続柄</td></tr>
<tr><td colspan="3">前年12月31日現在の世帯にいる16歳以上19歳未満の世帯員</td><td>人</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">3</td><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">該当する負担区分</td><td colspan="2">一定以上負担区分</td><td colspan="3">減額区分</td></tr>
<tr><td>基準額以上</td><td>基準額未満</td><td>非課税</td><td>老福</td><td>基準額以下</td></tr>
<tr><td colspan="3">前年12月31日現在の世帯にいる0歳以上16歳未満の世帯員</td><td>人</td><td>前年12月31日
現在の続柄</td></tr>
<tr><td colspan="3">前年12月31日現在の世帯にいる16歳以上19歳未満の世帯員</td><td>人</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">4</td><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">該当する負担区分</td><td colspan="2">一定以上負担区分</td><td colspan="3">減額区分</td></tr>
<tr><td>基準額以上</td><td>基準額未満</td><td>非課税</td><td>老福</td><td>基準額以下</td></tr>
<tr><td colspan="3">前年12月31日現在の世帯にいる0歳以上16歳未満の世帯員</td><td>人</td><td>前年12月31日
現在の続柄</td></tr>
<tr><td colspan="3">前年12月31日現在の世帯にいる16歳以上19歳未満の世帯員</td><td>人</td><td></td></tr>
</table>

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

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

様式第７号（第４条関係）

高齢者の医療の確保に関する法律			第９９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 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		明・大・昭　　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９９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５０条第１項第２号の障害認定を行った　　ことを証明する。

施行令第１４条第６項の特定疾病認定を行った

年　　月　　日　3 9 4 1

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

様式第８号（第５条関係）

他都道府県広域連合からの住所地特例（適用・変更・終了）届書

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　様

次のとおり、他都道府県広域連合からの住所地特例（適用・変更・終了）について届け出ます。

届出年月日	年　　月　　日		
届出者氏名（記入された方）	㊞	被保険者との関係	
届出者住所	〒　　－ 電話番号　　（　　）		

保険者名	
保険者番号	
保険者住所	

被保険者の異動内容	

被保険者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	フリガナ			
	氏名		性別	男　・　女
住所		〒　　－ 電話番号　　（　　）		

※添付書類　　被保険者証又は被保険者資格証明書

様式第９号（第６条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

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、第５項に基づき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								
氏　　名								

不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先
〒
住　所
電話番号

様式第１０号（第７条、第25条関係）

年　　月　　日

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　様

住所
氏名　　㊞
電話番号
被保険者との関係

特別の事情に関する届書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第１６条又は第７３条の規定による、後期高齢者医療保険料滞納に係る特別の事情を届け出ます。

被保険者に関する特別な事情内容

住　　所												
氏　　名												
生　年　月　日	明・大・昭　　年　　月　　日											
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。）												

※ 特別の事情があることを明らかにする書類を添付すること。

【高齢者の医療の確保に関する法律施行令第４条による特別な事情】

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(以下この条において「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１１号（第８条関係）

年　　月　　日

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　様

住　所
氏　名　　㊞
電話番号
被保険者との関係

公費負担医療に関する届書

公費負担医療を受給している後期高齢者医療被保険者

住　　所												
氏　　名												
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日											
被保険者番号												
個人番号												

下記の項目に該当する公費負担を受給していますので、届出をします。
なお、現況届の提出に伴い現況を証する公簿等を貴職が調査することに同意します。

公費負担医療の名称(該当する箇所に○をつけ、受給者番号等をご記入ください。)

１　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による一般疾病医療費の支給
２　予防接種法 （昭和23年法律第68号）第16条第１項第１号又は第２項第１号（新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成24年法律第31号）第28条第５項 から第７項までの規定により適用される場合を含む。第61条第１号において同じ。）の医療費の支給
３　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第58条第１項の自立支援医療費、同法第70条第１項の療養介護医療費又は同法第71条第１項 の基準該当療養介護医療費の支給
４　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第30条第１項の規定により費用の負担が行われる医療に関する給付
５　麻薬及び向精神薬取締法 （昭和28年法律第14号）第58条の17第１項の規定により費用の負担が行われる医療に関する給付
６　独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）第16条第１項第１号又は第20条第１項第１号の医療費の支給

7　感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第37条第１項又は第37条の２第１項の規定により費用の負担が行われる医療に関する給付又は当該医療に要する費用の支給

8　石綿による健康被害の救済に関する法律（平成18年法律第４号）第４条第１項の医療費の支給

9　新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済に関する特別措置法（平成21年法律第98号）第４条第１号の医療費の支給

10　特定Ｂ型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法（平成23年法律第126号）第12条第１項の定期検査費又は同法第14条第１項の世帯内感染防止医療費の支給

11　難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第５条第１項の特定医療費の支給

12　沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令（昭和47年政令第108号）第３条 又は第４条 の医療費の支給

13　令第14条第６項 の規定による高額療養費の支給

14　国民健康保険法施行規則第５条の５第12号の規定により厚生労働大臣が定める医療に関する給付

※　上記医療等を受けることができる者であることを証する書類を添付してください。

様式第１２号（第９条関係）

後期高齢者医療各証書等再交付申請書

被保険者	住所	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	性別	男　・　女
	被保険者番号	
	個人番号	※特定疾病療養受療証、限度額適用・標準負担額減額認定証の場合は記入不要
	理由	１ 紛　失　２ 汚　損　３ その他（　　）

上記被保険者に係る

□ 被保険者証　□ 短期被保険者証　□ 被保険者資格証明書

□ 特定疾病療養受療証　□ 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

申請者（記入された方）

住　所　〒　　－

氏　名　　㊞

電話番号

被保険者との関係（　　）

被保険者から依頼を受けた日（　　年　　月　　日）

様式第１３号（第11条関係）

後期高齢者医療基準収入額適用申請書

届出者名		被保険者との関係	
届出者住所		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	明・大・昭　年　月　日	明・大・昭　年　月　日	明・大・昭　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
年中の収入 給与（パート収入等含）	円	円	円
年中の収入 年金・給与以外の収入（　　）収入	円	円	円
年中の収入 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・子ども手当・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、収入額が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。

佐賀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基準収入額適用を申請します。

年　　月　　日

申請者　住所

氏名　　㊞
氏名　　㊞
氏名　　㊞

様式第１４号（第11条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

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								

不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先
〒
住　　所
電話番号

様式第１５号（第11条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

後期高齢者医療基準収入額適用取消通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第３２条に基づく基準収入額適用に係る決定事項については、下記の理由により適用を取り消すことにしましたので通知します。

被保険者番号								
氏　　名								
適用取消年月日								
適用取消理由								

不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先
〒
住　　所
電話番号

様式第１６号（第12条関係）

後期高齢者医療一部負担金減免及び徴収猶予申請書

被保険者（本人）	保険者番号	3	9	4	1				
	被保険者番号								
	フリガナ							性別	男 ・ 女
	氏　　名								
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭　　年　　月　　日							
	住　　所	〒　　－　　（電話　　－　　－　　）							
傷病名									
発病又は負傷年月日		年　　月　　日							
減免等種類		減　　額　・　免　　除　・　徴収猶予							
上記を希望する期間		年　　月　　日 ～　　年　　月　　日（　　日間）							
申請理由（詳細に記入）									
添付書類（該当に○印）			前年中の世帯の所得を証明する書類及び当該年の世帯の収入状況を証明する書類						
			罹災及び被害内容を証明する書類						
			医師、医療機関等の入院証明書又は入院日数の分かる書類						
			上記に掲げるもののほか申請理由を証明する書類						

佐賀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します。

年　月　日

申請者（記入された方）	住所	〒　　－　　（電話　　－　　－　　）
	氏名	㊞　被保険者との関係（　　）

様式第１７号（第12条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

後期高齢者医療一部負担金（減免・徴収猶予）決定通知書

年　　月　　日付で申請のあった後期高齢者医療一部負担金減免及び徴収猶予の申請につきましては、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号		
被保険者	住　　所	
	氏　　名	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
減免・徴収猶予の決定内容		（　　）割減額　・　免　除　・　徴収猶予
有効期間		自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日

不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先
〒
住　　所
電話番号

様式第１８号（第12条関係）

後期高齢者医療一部負担金減免証明書

被保険者番号									
被保険者	住所								
	氏名								
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日							
一部負担金減免の決定内容		（　　）割減額　　・　　免除							
有効期間		自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日							

上記のとおり、後期高齢者医療一部負担金の減免を行っている者であることを証明する。

年　　月　　日

3	9	4	1				

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

様式第１９号（第12条関係）

後期高齢者医療一部負担金徴収猶予証明書

被保険者番号									
被保険者	住所								
	氏名								
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日							
一部負担金徴収猶予の決定事項		徴収猶予							
有効期間		自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日							

上記のとおり、後期高齢者医療一部負担金の徴収猶予を行っている者であることを証明する。

年　　月　　日

3	9	4	1				

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

様式第２０号（第12条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

後期高齢者医療一部負担金減免及び徴収猶予申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第３３条第２項に基づく一部負担金減免及び徴収猶予申請については、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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先
〒
住　　所
電話番号

様式第２１号（第13条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

後期高齢者医療一部負担金減免等取消通知書

佐賀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１３条第３項に基づき、一部負担金減免等の措置については下記の理由により取り消しましたので通知します。

被保険者番号	
被保険者氏名	
減免等の種類	減　免　・　徴収猶予
取消額	円
取消理由	

不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先
〒
住　　所
電話番号

様式第２２号（第14条関係）

（ 表 ）

後期高齢者医療食事(生活)療養標準負担額差額支給申請書

療養を受けた者（被保険者）	保険者番号	3	9	4	1								
	被保険者番号												
	個人番号												
	フリガナ									性別	男 ・ 女		
	氏　　名												
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭　　年　　月　　日											
	住　　所	〒　　－　　（電話　　－　　－　　）											
減額認定証の内容	交付年月日	年　　月　　日							発効期日	年　　月　　日			
	適用区分	Ⅰ ・ Ⅱ ・ 長期 ・ 一般							長期入院該当年月日	年　　月　　日（90日到達日：　　年　　月　　日）			
医療機関等入院した	名　　称（所在地・医師等名）	別　紙　の　と　お　り											
	診療年月	年　　月診療											
	入院日数等	入院日数			日間				食事回数			食	
入院時食事（生活）療養標準負担額		円											
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由（該当に○印）			長期入院該当申請日以降で長期入院該当年月日前の入院であったため										
			急な入院のため、申請の手続きを行う時間がなかった、または手続きを行う者がいなかったため										
			その他（　　）										
添付書類(該当に○印)			支払った標準負担額を証明する書類										
			入院日数を確認できる書類										
			標準システムのレセプト情報を医療機関に確認済のため未添付										
			その他（　　）										

佐賀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食事（生活）療養標準負担額差額の支給を申請します。

年　　月　　日

申請者（記入された方）	住所	〒　　－　　電話　　－　　－　　）
	氏名	㊞　　被保険者との関係（　　）

（ 裏 ）

< 委 任 状 >

私(被保険者)は、次の者を代理人と定め、食事(生活)療養標準負担額差額の受領に関する権限を委任します。

被保険者（本人）	住　　所	氏　　名
		㊞

代理人（口座名義人）	住　　所	氏　　名
		㊞　被保険者との関係（　　）

振込先口座	金融機関名		預金種目	口座番号(右詰)
	銀　行 金　庫 信用組合 農協・漁協	本　店 支　店 支　所 出張所	1 普　通 2 当　座 4 貯　蓄 9 その他	
	金融機関コード	店舗コード		
	フリガナ			
	口座名義人			

様式第２３号（第14条、第16条、第17条、第22条、第27条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

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

４．支給金額　　－

５．支給期日　　年　　月　　日
※口座に入金されるのは、支給期日から５日前後になる場合があります。

６．支払方法

不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先
〒
住　　所
電話番号

様式第２３号の２（第14条、第16条、第17条関係）

〒

後期高齢者医療　療養費　支給決定通知書

先に申請のありました後期高齢者医療療養費の支給については、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号

被保険者氏名

療養費種別 診　療　月	支給金額
合　計　額	

療養費について、指定された下記の口座に振り込みます。

金融機関名	
支店名等	
口座番号	
口座名義人	
振込予定日	

佐賀県後期高齢者医療広域連合長

１　この通知書は、確定申告で医療費控除を受ける際に必要となりますので、大切に保管してください。
２　この通知書の再発行はできませんのでご了承ください。

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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号の３（第16条関係）

〒

後期高齢者医療　療養費（代理受領）　支給決定通知書

先に申請のありました後期高齢者医療療養費（あん摩・マッサージ、はり・きゅう）の支給については、次のとおり決定しましたので通知します。

なお、下記の支給金額は、あなたが受領を委任された施術所（者）の口座へ振り込みとなります。

被保険者番号

被保険者氏名

施　術　月	施術日数	支　給　金　額
合　　計		

施術所(者)名	
振込予定日	

※　記載内容（施術日数、施術所（者）名等）にご不明な点がございましたら、お気軽にお尋ねください。

また、支給金額は、施術費から一部負担金を差し引いた金額となります。

佐賀県後期高齢者医療広域連合長

この通知書の再発行はできませんのでご了承ください。

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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号の４（第22条関係）

〒

後期高齢者医療 高額療養費 支給決定通知書

後期高齢者医療高額療養費の支給については、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号

被保険者氏名

診療月	支給金額
合計額	

高額療養費について、指定された下記の口座に振り込みます。

金融機関名	
支店名等	
口座番号	
口座名義人	
振込予定日	

佐賀県後期高齢者医療広域連合長

1　医療費の減額等により、支給済みの高額療養費に返納が生じた場合（支給金額がマイナス表示）は、その診療月以外の高額療養費と調整した額でお振込みいたします。
2　この通知書は、確定申告で医療費控除を受ける際に必要となりますので、大切に保管してください。
3　この通知書の再発行はできませんのでご了承ください。

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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号の５（第27条関係）

〒

後期高齢者医療　葬祭費　支給決定通知書

先に申請のありました後期高齢者医療葬祭費の支給については、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号

被保険者氏名

支給金額	

葬祭費について、指定された下記の口座に振り込みます。

金融機関名	
支店名等	
口座番号	
口座名義人	
振込予定日	

佐賀県後期高齢者医療広域連合長

１　この通知書は、後期高齢者医療被保険者の葬儀を行った葬祭執行者（喪主）へ送付しています。

２　この通知書の再発行はできませんのでご了承ください。

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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14条、第16条、第17条、第22条、第27条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

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

不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先
〒
住　　所
電話番号

様式第２５号（第15条関係）

第 三 者 の 行 為 に よ る 被 害 届

国民健康保険法施行規則第32条の６（高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条、介護保険法施行規則第33条の２）の規定により次のとおりお届けします。

年　　月　　日

様

世帯主　住所
氏名　　㊞
電話

<table>
<tr><td rowspan="5">被害者</td><td>ﾌﾘｶﾞﾅ</td><td colspan="3"></td><td>生年月日</td><td colspan="4">明 大
昭 平　　年　　月　　日　　（才）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">氏名</td><td colspan="3" rowspan="2"></td><td>性　別</td><td>男・女</td><td>職業</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">法制</td><td>国保・退職</td><td>記号番号</td><td colspan="2"></td><td>個人番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>後期高齢者</td><td>被保険者番号</td><td colspan="2"></td><td>個人番号</td><td colspan="2">※記載の必要ありません。</td></tr>
<tr><td>介護保険</td><td>被保険者番号</td><td colspan="2"></td><td>個人番号</td><td colspan="2">※記載の必要ありません。</td></tr>
<tr><td rowspan="8">第三者（加害者）関係</td><td rowspan="4">加害運転者</td><td>住所</td><td colspan="7">電話（　　）　－</td></tr>
<tr><td>ﾌﾘｶﾞﾅ</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td>男・女</td><td>年齢</td><td>才</td><td>職業</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>保有者との関係</td><td colspan="7">本　人・従業員・親　族・その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">保有者（所有者・使用主）</td><td>住所（所在地）</td><td colspan="7">電話（　　）　－</td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>代表者</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>契約者との関係</td><td colspan="7">本　人・譲受人・借受人・その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="6">第三者の自賠責共保共済関係</td><td colspan="2">保険会社等</td><td colspan="3"></td><td>証明書番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">共保済険契約者</td><td>住所</td><td colspan="7">電話（　　）　－</td></tr>
<tr><td>ﾌﾘｶﾞﾅ</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">保険期間</td><td colspan="2" rowspan="2">自　　年　　月　　日
至　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">加害自動車</td><td>車種</td><td></td><td>登録番号
車両番号</td><td>プレートナンバー</td><td colspan="2">車台番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">任意保険共済（対人）の有無</td><td colspan="7">有（保険会社等の名称　　担当者名　　）・無</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="6">事故の内容</td><td>発生日時</td><td colspan="3">年　月　日　午前・午後　時　分頃</td></tr>
<tr><td>発生場所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>事故原因と状況</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>警察署への届</td><td>届出済・未届</td><td>所轄警察署</td><td>警察署</td></tr>
<tr><td rowspan="2">心身の状況</td><td>加害者</td><td colspan="2">正常・いねむり・疲労・飲酒・病気（　　）</td></tr>
<tr><td>被害者</td><td colspan="2">正常・いねむり・疲労・飲酒・病気（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">治療関係</td><td>傷病名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>医療機関の所在地・名称</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>診療の期間（見込期間）</td><td>年　月　日より
年　月　日まで
入院・外来の別（入・外）</td><td>年　月　日より
年　月　日まで
入院・外来の別（入・外）</td><td>年　月　日より
年　月　日まで
入院・外来の別（入・外）</td></tr>
<tr><td>示談</td><td colspan="4">示談が成立した（　　年　　月　　日）・交渉中・示談はしない
示談をする予定（　　月ごろ）・裁判の見込み</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">損害賠償金を受領した場合</td><td>名　目</td><td>金額又は品名</td><td>受領年月日</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">損害賠償に関する
交渉の経過</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

1．被保険者が未成年者の場合は親権者、又は世帯主が届け出てください。
2．損害賠償に関する交渉の経過は詳細に、例えば○月○日見舞金をどれだけ受け取った、医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書の写しを提出してください。
3．提出時までに不明な点はそのままにして提出し、後日判明次第連絡してください。
4．自動車のひき逃げ等で加害者が不明な場合は、その旨書いてください。

連　絡　先	課　　係	担当者（　　） 電　話（　　）

様式第２６号（第16条関係）

（ 表 ）

後期高齢者医療療養費支給申請書

療養を受けた者（被保険者）	保険者番号	3	9	4	1				
	被保険者番号								
	個人番号											
	フリガナ							性別	男 ・ 女
	氏　　名								
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭　　年　　月　　日							
	住　　所	〒　　－　　（電話　　－　　－　　）							
医療機関等受診した	名　　称 (所在地・医師等名)	別 紙 の と お り							
	診療年月	年　　月診療			入外区分			入 院 ・ 外 来	
	療養期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 (　　日間)							
傷 病 名		別 紙 の と お り							
療養の給付を受ける事ができなかった理由									

療養内容及び添付書類 (該当に○印)		
		一般診療（領収書）
		治療用装具（領収書・医師の証明書・装着証明書・請求書・見積書）
		はり・きゅう、あんま・マッサージ（領収書・医師の施術同意書）
		生血、移送（領収書・医師の指示理由書）
		海外療養（領収書・診療内容明細書の原本及び翻訳分、調査に関わる同意書、旅行の行程表、渡航期間が確認できるパスポートの写し）
		弾性着衣・弾性包帯（領収書・医師の装着指示書）
		上記に掲げるもののほか療養内容を証明する書類

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　様

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療養費の支給を申請します。

年　　月　　日

（記入された方）申請者		
	住所	〒　　－　　（電話　　－　　－　　）
	氏名	㊞　　被保険者との関係 （　　）

（ 裏 ）

＜ 委 任 状 ＞

私(被保険者)は、次の者を代理人と定め、療養費の受領に関する権限を委任します。

	住　　所	氏　　名
被保険者（本人）		㊞

	住　　所	氏　　名
代理人（口座名義人）		㊞ 被保険者との関係 （　）

	金融機関名		預金種目	口座番号(右詰)
振込先口座	銀　行 金　庫 信用組合 農協・漁協	本　店 支　店 支　所 出張所	1 普　通 2 当　座 4 貯　蓄 9 その他	
	金融機関コード	店舗コード		
	フリガナ			
	口座名義人			

（注）被保険者と口座名義が違う場合は、上記の委任状も忘れずにご記入ください。

様式第２７号（第17条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

後期高齢者医療給付特別療養費支給対象額通知書兼支給申請書

あなたが　　年　　月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み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
～　　まで

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（印もれ・記入もれのないよう注意して下さい）。

５．持参するもの　　保険証・印鑑（朱肉を使用するもの）・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　　－

問い合わせ先
〒
住　所
電話番号

後期高齢者医療給付特別療養費の支給申請をします。

申請	日 付	年　月　日	住 所
	氏 名	㊞	連絡先
	個人番号		

振込先口座	金融機関名		預金種目	口座番号(右詰)
	銀　行 金　庫 信用組合 農協・漁協	本　店 支　店 支　所 出張所	1 普　通 2 当　座 4 貯　蓄 9 その他	
	金融機関コード	店舗コード		
	フリガナ			
	口座名義人			

様式第２８号（第18条関係）

後期高齢者医療特定疾病給付対象療養に係る認定申出書

被保険者	住所	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	性別	男　・　女
	被保険者番号	
	個人番号	

佐賀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給付対象療養に係る認定申出書を提出します。

年　　月　　日

申請者（記入された方）
住　　所　〒　　－

氏　　名　　㊞

電話番号

被保険者との関係（　　）

被保険者から依頼を受けた日（　　年　　月　　日）

様式第２９号（第18条関係）

後期高齢者医療特定疾病給付対象療養に係る認定通知書

被保険者番号									
被保険者	住所								
	氏名								
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日							
認定区分									
有効期間		自 至							

上記のとおり、後期高齢者医療特定疾病給付対象療養に係る認定区分を証明する。

年　　月　　日

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

様式第３０号（第19条関係）

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

被保険者（本人）	保険者番号	3	9	4	1				
	被保険者番号								
	個人番号								
	フリガナ					性別	男 ・ 女		
	氏　　名								
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭　　年　　月　　日							
	住　　所	〒　　－　　（電話　　－　　－　　）							

疾病名称（該当に○印）		人工腎臓（人工透析）を実施している慢性腎不全
		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（いわゆる血友病）
		抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係る者に限る。）
添付書類（該当に○印）		特定疾病の対象となる疾病であることの医師の証明書（意見書）
		他の医療保険の特定疾病療養受療証
		上記に掲げるもののほか申請理由を証明する書類

医師の意見欄	上記疾病について、当該被保険者が診療を受けていることに相違ありません。 年　　月　　日　　医療機関所在地 医 療 機 関 名 医　　師　　名　　㊞

佐賀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。

年　月　日

申請者（記入された方）	住所	〒　　－　　（電話　　－　　－　　）
	氏名	㊞　　被保険者との関係（　　）

様式第３１号（第19条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

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								

不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先
〒
住　所
電話番号

様式第３２号（第20条関係）

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者（本人）	保険者番号	3	9	4	1				
	被保険者番号								
	個人番号											
	フリガナ							性別	男 ・ 女
	氏　　名								
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭　　年　　月　　日							
	住　　所	〒　　－　　(電話　　－　　－　　)							
長期入院		該　当　・　非該当				負担区分		Ⅰ　・　Ⅱ	

ここから下は長期入院該当者のみ記入して下さい。			入院日数合計（　　日間　）
①	申請日の前１年間の入院日数	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	申請日の前１年間の入院日数	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	申請日の前１年間の入院日数	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	申請日の前１年間の入院日数	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	申請日の前１年間の入院日数	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	

佐賀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。

年　月　日

（記入された方）申請者		
	住所	〒　　－　　(電話　　－　　－　　)
	氏名	㊞　被保険者との関係（　　）

様式第３３号（第20条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額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６７条第１項に基づく限度額適用・標準負担額減額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								

不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先
〒
住　所
電話番号

様式第３４号（第20条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の返還通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第６７条第３項第２号に基づき、減額認定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								
氏　　名								
却下年月日								
却下理由								

不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先
〒
住　所
電話番号

様式第３５号（第22条関係）

（ 表 ）

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者（本人）	保険者番号	3	9	4	1							
	被保険者番号											
	個人番号											
	フリガナ								性別	男 ・ 女		
	氏　　名											
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭　　年　　月　　日										
	住　　所	〒　　－　　（電話　　－　　－　　）										

振込先口座	金融機関名							預金種目	口座番号(右詰)			
	銀　行 金　庫 信用組合 農協・漁協		本　店 支　店 支　所 出張所					1 普　通 2 当　座 4 貯　蓄 9 その他				
	金融機関コード					店舗コード						
	フリガナ											
	口座名義人											

（注）被保険者と口座名義が違う場合は、裏面の委任状も忘れずにご記入ください。

佐賀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。また、過誤調整等により支給済の高額療養費に返納が生じた場合は、次回以降の高額療養費で支給調整することに同意します。

年　　月　　日

（記入された方）申請者		
	住所	〒　　－　　（電話　　－　　－　　）
	氏名	㊞　被保険者との関係（　　）

（ 裏 ）

＜ 委 任 状 ＞

私(被保険者)は、次の者を代理人と定め、高額療養費の受領に関する権限を委任します。

	住　　所	氏　　名
被保険者（本人）		㊞

	住　　所	氏　　名
代理人（口座名義人）		㊞ 被保険者との関係（　　）

様式第３６号（第23条、第24条関係）

（ 表 ）

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

支給申請書整理番号（保険者等記入欄）	4			3	9	4	1	0	0	0	6						

フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日	性別	男・女	個人番号	
被保険者氏名							
計算期間	始期　年　月　から　終期　年　月　まで					負担区分	

７月末日現在の医療保険（介護保険）の資格情報

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	計算期間における加入期間
3 9 4 1 0 0 0 6		佐賀県後期高齢者医療広域連合	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	計算期間における加入期間
4 1			年　月　日　から 年　月　日　まで

振込先口座

金融機関名		預金種目	口座番号（右詰）
銀行・金庫・信用組合・農協・漁協	本店・支店・支所・出張所	1.普通　2.当座　4.貯蓄　9.その他	
金融機関コード	店舗コード	フリガナ	
		口座名義人	

振込先口座の名義　（いずれかを丸囲みしてください。）
①被保険者本人　・　②被保険者本人が委任した代理人
③相続人代表者　・　④相続人代表者が委任した代理人

※振込先口座をご記入の際の留意点
①被保険者本人が委任した代理人の口座を指定される場合は、裏面の委任状欄を必ずご記入ください。
②被保険者本人が亡くなられている場合は、相続人代表申立書にて指定された口座をご記入ください。

佐賀県後期高齢者医療広域連合長

市（町）長　様

・上記被保険者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護(予防)サービス費）の支給及び自己負担額証明書の交付を申請します。なお、自己負担額証明書については、基準日時点の医療保険者が代理人として直接受領し、高額介護合算療養費等支給申請書に添付することに同意します。
・上記被保険者に地方単独医療費助成制度により、自己負担額相当額またはその一部の支給があった場合は、当該合算療養費で支給調整することに同意します。

年　月　日

（記入された方）申請者

住所	〒　－　（電話　－　－　）
氏名	㊞　被保険者との関係（　）

（注）上記の計算期間中に７５歳の年齢到達や住所の異動等で、医療保険又は介護保険の保険者に異動があった場合、裏面の保険者加入歴をご記入ください。

（ 裏 ）

保険者加入歴

※計算期間中に住所の異動や７５歳の年齢到達等で、保険者に異動があった場合のみ記入

	保険者名	加入期間	合算の可否等について（いずれかを丸囲み）	添付の自己負担額証明書整理番号
1		年　月　日　から 年　月　日　まで	①後期で合算可 ②自己負担なし ③国保で他世帯員あり、合算不可 ④社保の被扶養者のため、合算不可	
2		年　月　日　から 年　月　日　まで	①後期で合算可 ②自己負担なし ③国保で他世帯員あり、合算不可 ④社保の被扶養者のため、合算不可	
3		年　月　日　から 年　月　日　まで	①後期で合算可 ②自己負担なし ③国保で他世帯員あり、合算不可 ④社保の被扶養者のため、合算不可	

備考	計算期間の途中に死亡等で後期高齢者医療の被保険者資格を喪失した方のみ記入	資格喪失年月日	資格喪失理由（該当に○）
		年　月　日	死亡・県外転出・海外移住・生保適用・障害認定撤回・その他（　　）

＜　委　任　状　＞

私(被保険者)は、次の者を代理人と定め、高額介護合算療養費等の受領に関する権限を委任します。

被保険者（本人）	住所	氏名
		㊞

代理人（口座名義人）	住所	氏名
		㊞ 被保険者との関係（　　）

様式第３７号（第23条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

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は、下記のとおり決定しま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	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			

支払予定日　　年　月　日

支払方法

不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先
〒
住　所
電話番号

様式第３７号の２（第23条関係）

〒：

高額介護合算療養費等　支給決定通知書

年　月　日

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、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号
被保険者氏名

計算対象期間	
申請年月日	
決定年月日	
自己負担額計	
支給額	
※不支給の理由※	

備　考

高額介護合算療養費について、指定された下記の口座に振り込みます。

金融機関名	
支店名等	
口座番号	
口座名義人	
振込予定日	

佐賀県後期高齢者医療広域連合長

１　この通知書は、確定申告で医療費控除を受ける際に必要となりますので、大切に保管してください。
２　この通知書の再発行はできませんのでご了承ください。

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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号の３（第23条関係）

〒

高額介護合算療養費等　支給決定通知書

年　月　日

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、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号
被保険者氏名

計算対象期間	
申請年月日	
決定年月日	
自己負担額計	
支給額	
※不支給の理由※	
備　考	

佐賀県後期高齢者医療広域連合長

この通知書の再発行はできませんのでご了承ください。

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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23条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

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は、下記のとおり決定しま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	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			

不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先

〒

住　所

電話番号

様式第３８号の２（第23条関係）

〒

高額介護合算療養費等　不支給決定通知書

年　月　日

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、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号
被保険者氏名

計算対象期間	
申請年月日	
決定年月日	
自己負担額計	
支　給　額	
不支給の理由	
備　考	

佐賀県後期高齢者医療広域連合長

この通知書の再発行はできませんのでご了承ください。

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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３９号（第24条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

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	年　月　日								性別						
自己負担額証明書整理番号															
保険者番号	3	9	4	1					証明対象年度	年度					
被保険者番号															
対象となる計算期間	年　月　日～　年　月　日														
計算期間において被保険者であった期間	年　月　日～　年　月　日														

診療年月	自己負担額		適要
年　月			
年　月			
年　月			
年　月			
年　月			
年　月			
年　月			
年　月			
年　月			
年　月			
年　月			
年　月			
計			

問い合わせ先
〒
住　所
電話番号

計算結果送付先
〒
住　所
電話番号

様式第４０号（第 26 条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

後期高齢者医療保険料控除通知書

あなたの後期高齢者医療の保険給付につきまして、一時差止を行い、その後も納付をお願いしていたところですが、未だに後期高齢者医療保険料が納付されていません。

高齢者の医療の確保に関する法律では滞納の方に対し、一時差止の対象となっている後期高齢者医療給付費から滞納保険料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。

したがって同項に基づき、下記のとおり、あなたの一時差止となっている保険給付から保険料を控除することに決定しましたので通知します。

被保険者番号									被保険者氏名	

一時差止の給付の内容（A）　　控除保険料（B）

診療年月	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								年　月　日
年　月								年　月　日
年　月								年　月　日
年　月								年　月　日
年　月								年　月　日
年　月								年　月　日
年　月								年　月　日
年　月								年　月　日
給付額合計				控除保険料合計				

滞納保険料控除後の保険給付費支給額（Ａ－Ｂ）　　－

不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先

〒

住　　所

電話番号

様式第４１号（第27条関係）

（ 表 ）

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

支給金額	一金　３０，０００　円也

（被保険者）死亡者	保険者番号	3	9	4	1				
	被保険者番号								
	フリガナ							性別	男 ・ 女
	氏　名								
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭　　年　　月　　日							
	死亡年月日	年　　月　　日							
葬祭執行者	葬 祭 日	年　　月　　日							
	住　所	〒　　－　　（電話　　－　　－　　）							
	氏　名	死亡者との関係 （　　）							

振込先口座	金融機関名		預金種目	口座番号(右詰)
	銀　行 金　庫 信用組合 農協・漁協	本　店 支　店 支　所 出張所	１ 普　通 ２ 当　座 ４ 貯　蓄 ９ その他	
	金融機関コード	店舗コード		
	フリガナ			
	口座名義人			

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　様

上記のとおり、葬祭費の支給を申請します。

年　　月　　日

（記入された方）申請者		
	住所	〒　　－　　（電話　　－　　－　　）
	氏名	㊞　葬祭執行者との関係 （　　）

（ 裏 ）

< 委 任 状 >

私(葬祭執行者)は、次の者を代理人と定め、葬祭費の受領に関する権限を委任します。

	住　　所	氏　　名
葬祭執行者		㊞

	住　　所	氏　　名
代理人（口座名義人）		㊞　葬祭執行者との関係（　　）

様式第４２号（第 28 条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

後期高齢者医療保険料額決定通知書

※　　年度分の後期高齢者医療保険料額を以下のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名			被保険者番号								
決定年月日	年　月　日	決定理由									
年度分の保険料額　　円											

保険料算定の基礎

①賦課のもととなる所得金額	②所得割率	③所得割額 ①×②	④均等割額	⑤算出額 ③＋④	⑥限度超過額

⑦所得割軽減額	⑧均等割軽減額	⑨年保険料額 ⑤－⑥－⑦－⑧	月数	⑩月割減額	⑪保険料額 ⑨－⑩

＊　後期高齢者医療保険料は、高齢者の医療の確保に関する法律及び佐賀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規定に基づき　　年　月　日現在の後期高齢者医療制度の被保険者に対して賦課されたものです。

＊　保険料算出方法は以下のとおりです。

所得割額＝賦課のもととなる所得金額（※１）×所得割率（　／100）
均等割額＝　　円　　｝確定年保険料「　　万円を限度とする」

なお、　　年４月１日以降に保険料の納付義務が発生又は消滅したときは月割りにて算定します。

※１　賦課のもととなる所得金額＝　　年中の所得－33 万円

＊　所得が低い方に対する軽減

世帯内の後期高齢者医療制度の被保険者全員と世帯主の総所得金額等の合計額が以下のいずれかに該当する場合、均等割額から次の額が軽減されます。

33 万円以下　・・・　円
　内、世帯内の被保険者全員が年金収入　万円以下（その他各種所得がない）【※】　・・・　円
33 万円＋{　万円×被保険者数} 以下　・・・　円
33 万円＋{　万円×被保険者数} 以下　・・・　円

【※】については、平成 21 年度以降で適用されます。

賦課のもととなる所得金額が　万円以下の方は、所得割額が　割軽減されます。

＊　後期高齢者医療制度に加入する前日において被用者保険の被扶養者であった方に対する軽減

該当する場合、所得割が課されず、均等割額から次の額が軽減されます。　・・・　円

＊　不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

＊　問い合わせ先

〒
住　　所
電話番号

様式第４３号（第 28 条関係）

第　　号
年　月　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

後期高齢者医療保険料額変更決定通知書

※　　年度分の後期高齢者医療保険料額を以下のとおり変更しましたので通知します。

被保険者氏名			被保険者番号								
決定年月日	年　月　日	決定理由									
年度分の保険料額　　円											

保険料算定の基礎

	①賦課のもととなる所得金額	②所得割率	③所得割額 ①×②	④均等割額	⑤算出額 ③＋④	⑥限度超過額
変更前						
変更後						

	⑦所得割軽減額	⑧均等割軽減額	⑨年保険料額 ⑤－⑥－⑦－⑧	月数	⑩月割減額	⑪保険料額 ⑨－⑩
変更前						
変更後						

＊　後期高齢者医療保険料は、高齢者の医療の確保に関する法律及び佐賀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規定に基づき、　　年　月　日現在の後期高齢者医療制度の被保険者に対して賦課されたものです。

＊　保険料の算出方法は以下のとおりです。

所得割額＝賦課のもととなる所得金額（※１）×所得割率（　／100）
均等割額＝　　円　　｝確定年保険料「　　万円を限度とする」

なお、　　年４月１日以降に保険料の納付義務が発生又は消滅したときは月割りにて算定します。

※１　賦課のもととなる所得金額＝　　年中の所得－33 万円

＊　所得が低い方に対する軽減

世帯内の後期高齢者医療制度の被保険者全員と世帯主の総所得金額等の合計額が以下のいずれかに該当する場合、均等割額から次の額が軽減されます。

33 万円以下　・・・　円
　内、世帯内の被保険者全員が年金収入　万円以下（その他各種所得がない）【※】　・・・　円
33 万円＋{　万円×被保険者数} 以下　・・・　円
33 万円＋{　万円×被保険者数} 以下　・・・　円

【※】については、平成 21 年度以降で適用されます。

賦課のもととなる所得金額が　万円以下の方は、所得割額が　割軽減されます。

＊　後期高齢者医療制度に加入する前日において被用者保険の被扶養者であった方に対する軽減

該当する場合、所得割が課されず、均等割額から次の額が軽減されます。　・・・　円

＊　不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

＊　問い合わせ先

〒
住　所
電話番号

様式第４４号（第 28 条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

後期高齢者医療暫定保険料額決定通知書

※　　年度分の後期高齢者医療暫定保険料額を次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							
決定年月日	年　月　日	決定理由								
		暫定保険料額　　円								

保険料算定の基礎

前年度保険料	算定式	暫定保険料額
	× ――	

※端数を調整しています。

＊　後期高齢者医療保険料は、高齢者の医療の確保に関する法律及び佐賀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規定によって、　　年４月１日現在の後期高齢者医療の被保険者に対して賦課されたものです。

＊　不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先
〒
住　　所
電話番号

様式第４５号（第 28 条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

後期高齢者医療保険料仮徴収額決定通知書

※　　年度分の後期高齢者医療保険料仮徴収額を次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								
決定年月日	年　月　日	決定理由	仮徴収額を決定しました								
		仮徴収額　　円									

保険料算定の基礎

①賦課のもととなる所得金額	②所得割率	③所得割額 ①×②	④均等割額	⑤算出額 ③＋④

⑥限度超過額	⑦軽減額	⑧年保険料額 ⑤－⑥－⑦	保険料額	算定式	仮徴収額
				×―――	

＊　後期高齢者医療保険料は、高齢者の医療の確保に関する法律及び佐賀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規定によって、　　年　　月　　日現在の後期高齢者医療の被保険者に対して賦課されたものです。

＊　保険料算出方法は以下のとおりです。

所得割額＝賦課のもととなる所得金額（※１）×所得割率（　　／100）
均等割額＝　　円　　｝確定保険料「　　万円を限度とする」

なお、　　年４月１日以降に納付義務及び資格の発生・消滅があるときは月割りにて算定します。

※１　賦課のもとになる所得金額＝　　年中の所得－33 万円

＊　所得が低い方に対する軽減

世帯内の後期高齢者医療制度の被保険者全員と世帯主の総所得金額等の合計額が以下のいずれかに該当する場合、均等割額から次の額が軽減されます。

33 万円以下　・・・　円
　内、世帯内の被保険者全員が年金収入　万円以下（その他各種所得がない）【※】　・・・　円
33 万円＋{　万円×被保険者数} 以下　・・・　円
33 万円＋{　万円×被保険者数} 以下　・・・　円

【※】については、平成 21 年度以降で適用されます。

賦課のもととなる所得金額が　万円以下の方は、所得割額が　割軽減されます。

＊　後期高齢者医療制度に加入する前日において被用者保険の被扶養者であった方に対する軽減

該当する場合、所得割が課されず、均等割額から次の額が軽減されます。　・・・　円

＊　不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先

〒
住　　所
電話番号

様式第４６号（第29条関係）

年　　月　　日

後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者　住　所……

……

氏　名……㊞

被保険者との関係……

佐賀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17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

３　申請理由

４　添付書類

Ａ　条例第１７条第１項第１号（災害による損害）に該当する場合

①前年中の世帯の所得を証明する書類・・・所得証明書

②罹災及び被害内容を証明する書類（㋐又は㋑、損害保険に入っているときは㋒も）

㋐ 罹災証明書

㋑ 所得税の減免申請で用いる「住宅・家財等の損失額の算定方法」により算出した計算書（証明書等で損害割合の記載がない場合）

㋒ 損害保険の支払額証明

Ｂ　条例第１７条第１項第２号（死亡・長期入院）に該当する場合

①入院期間（９０日を超えること）、障害であることを証明する書類（㋐、㋑のいずれか）

㋐ 医師の診断書・医療費の領収書等

㋑ 身体障害者手帳(写)・医師の診断書(写)

②前年中の世帯の所得を証明する書類・・・所得証明書

③前年中の世帯の収入を証明する書類・・・所得税の確定申告書(写)

④当該年の収入状況を証明するもの・・・・事業の収支を記した帳簿・預金通帳・年金振込通知・給与明細書等

⑤収入状況をまとめた書類・・・・・・・・収入状況申告書

Ｃ　条例第１７条第１項第３号（事業廃止・失業）に該当する場合

①前年中の世帯の所得を証明する書類・・・所得証明書

②前年中の世帯の収入を証明する書類・・・所得税の確定申告書(写)

③当該年の収入状況を証明するもの・・・・事業の収支を記した帳簿・預金通帳等

④業務の休廃止、失業等の状況の分かるもの（㋐又は㋑のいずれか）

㋐ 事業廃止届(写)等

㋑ 解雇通知書・雇用保険受給証明書(写)

⑤収入状況をまとめた書類・・・・・・・・収入状況申告書

Ｄ　条例第１７条第１項第４号（自然災害による不作、不漁）に該当する場合

①前年中の世帯の所得を証明する書類・・・所得証明書

②平年の世帯の収入を証明する書類・・・・過去３か年分の所得税の確定申告書(写)

③当該年の収入状況を証明するもの・・・・事業の収支を記した帳簿・預金通帳等

④収入状況をまとめた書類・・・・・・・・収入状況申告書

※Ａ～Ｄにおいて代理申請の場合は、本人確認ができる運転免許証、保険証等の写を添付

様式第４７号（第29条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

後期高齢者医療保険料徴収猶予決定（却下）通知書

年　　月　　日付で申請のあった　　年度分保険料の徴収猶予については、次のとおり決定（却下）しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号							

徴収猶予決定年月日	年　　月　　日
理由	

納期	保険料額	徴収猶予期間	備　　考

不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先

〒

住　　所

電話番号

様式第４８号（第30条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

後期高齢者医療保険料徴収猶予取消通知書

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

被保険者氏名		被保険者番号								

徴収猶予取消年月日	年　　月　　日
取 消 理 由	

納期	保険料額	取消前徴収猶予期間	取消後納期限	備　考

不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先

〒

住　　所

電話番号

様式第４９号（第31条関係）

年　　月　　日

後期高齢者医療保険料減免申請書

佐賀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

佐賀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18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

４　添付書類

Ａ　条例第１８条第１項第１号（災害による損害）に該当する場合

①前年中の世帯の所得を証明する書類・・・所得証明書

②罹災及び被害内容を証明する書類（㋐又は㋑、損害保険に入っているときは㋒も）

㋐ 罹災証明書

㋑ 所得税の減免申請で用いる「住宅・家財等の損失額の算定方法」により算出した計算書（証明書等で損害割合の記載がない場合）

㋒ 損害保険の支払額証明

Ｂ　条例第１８条第１項第２号（死亡・長期入院）に該当する場合

①入院期間（９０日を超えること）、障害であることを証明する書類（㋐、㋑のいずれか）

㋐ 医師の診断書・医療費の領収書等

㋑ 身体障害者手帳(写)・医師の診断書(写)

②前年中の世帯の所得を証明する書類・・・所得証明書

③前年中の世帯の収入を証明する書類・・・所得税の確定申告書(写)

④当該年の収入状況を証明するもの・・・・事業の収支を記した帳簿・預金通帳・年金振込通知・給与明細書等

⑤収入状況をまとめた書類・・・・・・・・収入状況申告書

Ｃ　条例第１８条第１項第３号（事業廃止・失業）に該当する場合

①前年中の世帯の所得を証明する書類・・・所得証明書

②前年中の世帯の収入を証明する書類・・・所得税の確定申告書(写)

③当該年の収入状況を証明するもの・・・・事業の収支を記した帳簿・預金通帳等

④業務の休廃止、失業等の状況の分かるもの（㋐又は㋑のいずれか）

㋐ 事業廃止届(写)等

㋑ 解雇通知書・雇用保険受給証明書(写)

⑤収入状況をまとめた書類・・・・・・・・収入状況申告書

Ｄ　条例第１８条第１項第４号（自然災害による不作、不漁）に該当する場合

①前年中の世帯の所得を証明する書類・・・所得証明書

②平年の世帯の収入を証明する書類・・・・過去３か年分の所得税の確定申告書(写)

③当該年の収入状況を証明するもの・・・・事業の収支を記した帳簿・預金通帳等

④収入状況をまとめた書類・・・・・・・・収入状況申告書

Ｅ　条例第１８条第１項第５号に該当する場合

拘禁されたことを証明する書類・・・・・・収監証明書・在監証明書・留置証明書等

※Ａ～Ｅにおいて代理申請の場合は、本人確認ができる運転免許証、保険証等の写を添付

様式第５０号（第31条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

後期高齢者医療保険料減免決定通知書

年　　月　　日付で申請のあった後期高齢者医療保険料減免申請につきましては、次のとおり決定しま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
減免理由			

不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先
〒
住　　所
電話番号

様式第５１号（第31条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

後期高齢者医療保険料減免却下通知書

年　　月　　日付で申請のあった後期高齢者医療保険料減免申請につきましては、次のとおり却下しま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
減免却下理由			

不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先
〒
住　　所
電話番号

様式第５２号（第32条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　　㊞

後期高齢者医療保険料減免取消通知書

年　　月　　日付で申請のあった後期高齢者医療保険料減免申請につきましては、次のとおり取り消しま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
減免取消理由			

不服申立て及び取消訴訟

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、佐賀県の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、佐賀県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、佐賀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。

問い合わせ先
〒
住　　所
電話番号

様式第５３号（第33条関係）

年　　月　　日

申請者　住　所
　　氏　名

佐賀県後期高齢者医療広域連合長

年度分　後期高齢者医療簡易申告書

年　　月　　日提出

この申告書は　　年度後期高齢者医療保険料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		Ⓐ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訳
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（　　）

問い合わせ先
〒
住　　所
電話番号