

神奈川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等施行  
規則

平成20年3月3日

規則第1号

(趣旨)

第1条 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。）及び神奈川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年神奈川県後期高齢者医療広域連合条例第28号。以下「条例」という。）の施行について必要な事項は、別に定めがあるもののほか、この規則の定めるところによる。

(被保険者証等の検認又は更新)

第2条 広域連合長は、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（平成19年厚生労働省令第129号。以下「省令」という。）第20条第1項、第21条、第62条第8項及び第67条第6項の規定により被保険者証、被保険者資格証明書、特定疾病療養受療証及び限度額適用・標準負担額減額認定証（以下「被保険者証等」という。）を検認又は更新をするときは、あらかじめその期日その他必要な事項を公告するものとする。

(被保険者証等の無効)

第3条 次の各号のいずれかに該当する被保険者証等は、無効とする。

- (1) 被保険者が法の規定により、その資格を喪失したとき。
- (2) 被保険者証等を亡失又は損傷したとき。
- (3) 被保険者証等の検認又は更新を受けなかったとき。
- (4) 被保険者証等の有効期限を経過したとき。
- (5) 正当な理由がなく被保険者証等の記載事項に訂正又は追加をしたとき若しくは記載事項を削除したとき。

(後期高齢者医療被保険者受療証の交付)

第4条 広域連合長は、被保険者が次の各号のいずれかに該当するときは、被保険者の申請により後期高齢者医療被保険者受療証を交付するものとする。

- (1) 被保険者証の交付を申請している場合において、いまだその交付を受けていないとき又は被保険者証の再交付を申請している場合において、いまだその再交付を受けていないとき。

(2) 被保険者証の記載事項を訂正するため又は被保険者証の検認若しくは更新のため被保険者証を広域連合に提出しているとき。

(葬祭費の支給)

第5条 条例第2条の規定により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にその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、公簿においてその事実を確認できるときは、その証する書類の添付を省略することができる。

(保険料徴収猶予の申請、取消し等)

第6条 条例第15条第2項の規定により保険料の徴収猶予を受けようとする者は、後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書を徴収猶予を受けようとする月の前月までに提出しなければならない。

2 広域連合長は、前項の申請書の提出があった場合は、速やかに申請の内容を審査し、保険料の徴収猶予を決定するときは後期高齢者医療保険料徴収猶予決定・却下通知書により、却下するときは後期高齢者保険料徴収猶予決定・却下通知書により、その旨を申請者に通知しなければならない。

3 広域連合長は、次の各号のいずれかに該当するときは、保険料の徴収猶予を取り消すことができる。

(1) 徴収猶予を受けた者の属する世帯の生計を主として維持する者の収入の増加等により、徴収猶予が不要となったとき。

(2) 偽りの申請その他の不正の行為により徴収猶予を受けたとき。

(3) 前2号に掲げるもののほか、徴収猶予を取り消すことに相当の理由があると認められるとき。

4 前項の規定による保険料の徴収猶予の取消しは、後期高齢者医療保険料徴収猶予取消通知書によるものとする。

(保険料の減免)

第7条 条例第16条第1項の規定による保険料の減免の程度は、次に掲げるところによる。

(1) 被保険者又はその属する世帯の世帯主が、現住する住宅について半焼、半壊、床上浸水と同等若しくはそれ以上の損傷を受け、居住又は使用目的を著しく損じた場合 損害を受けた日以後6か月以内の条例第11条第1項の月割りをもって行う保険料（以下「月割保険料」という。）相当額（前年度から引き続き

被保険者である者で前年度に6か月未満の月割保険料相当額の減免を受けた場合は、6から減免を受けた月数を控除した月割保険料相当額を限度とする。)を減免する。

(2) 被保険者が法第89条による給付制限に該当するに至った場合 年間保険料額のうち給付制限を受ける日の属する月から給付制限を受けることがなくなった日の属する月の前月までの月割保険料相当額を減免する。ただし、給付制限を受ける日の属する月に給付制限を受けることがなくなった場合は、この限りでない。

2 条例第16条第2項の規定による保険料の減免の程度は、次に掲げるところによる。ただし、前年の条例第12条第1項第1号に規定する当該世帯の合算額が1千万円以上の場合は、この限りでない。

(1) 条例第16条第2項第1号に該当した場合 世帯主が死亡したことにより新たに世帯主になった者が当該年度の賦課期日現在における世帯主とみなした場合に適用される条例第12条の規定に該当するときは、現に賦課されている保険料の額から、新たに世帯主になった者が当該年度の賦課期日現在における世帯主とみなした場合に賦課される保険料の額を控除して得た額を、12(当該年度の5月1日以降に被保険者資格を取得した者については、当該資格を取得した日の属する月から当該年度の終了までの月数。)で除して得た額に、第8条第1項に規定する申請があった日の属する月から当該年度の終了までの月数を乗じて得た額を限度として、保険料を減免する。

(2) 条例第16条第2項第2号又は第3号に該当した場合 条例第16条第2項第2号又は第3号に規定する要件に該当することとなった日の属する年の当該被保険者、その属する世帯の世帯主及び当該世帯に属する他の被保険者の合計所得金額の見込額(以下「見込合計所得金額」という。)が、減免を受けようとする年度の賦課期日現在における所得とみなした場合に適用される条例第12条の規定に該当するときは、現に賦課されている保険料の額から、当該見込合計所得金額を基に賦課した保険料の額を控除して得た額を、12(当該年度の5月1日以降に被保険者資格を取得した者については、当該資格を取得した日の属する月から当該年度の終了までの月数。)で除して得た額に、第8条第1項に規定する申請があった日の属する月から当該年度の終了までの月数を乗じて得た額を限度として、保険料を減免する。

(保険料減免の申請、取消し等)

第8条 条例第16条第3項の規定により保険料の減免を受けようとする者は、後期高齢者医療保険料減免申請書を同条第1項に該当する者にあつては事由のやんだ日から60日以内に、同条第2項に該当する者にあつては減免を受けようとする月の末日までに広域連合長に提出しなければならない。ただし、広域連合長がやむを得ないと認める特別の理由があるときは、この限りでない。

2 広域連合長は、前項の申請書の提出があつた場合は、速やかに申請の内容を審査し、保険料の減免を決定するときは後期高齢者医療保険料減免決定通知書により、却下するときは後期高齢者医療保険料減免却下通知書により、その旨を申請者に通知しなければならない。

3 広域連合長は、次の各号のいずれかに該当するときは、保険料の減免を取り消し、又は減免額を変更することができる。

(1) 減免を受けた者の属する世帯の被保険者又はその属する世帯の世帯主の収入の増加等により、減免が不要となったとき。

(2) 偽りの申請その他の不正の行為により減免を受けたとき。

(3) 減免を受けた後に、減免の対象となる条例第3条の規定による保険料の賦課額(以下「保険料額」という。)が変更されたとき。

(4) 減免を受けた後に、条例第11条第2項に該当し、保険料額が変更されたとき。

(5) 前4号に掲げるもののほか、減免を取り消し、又は減免額を変更することに相当の理由があると認められるとき。

4 前項の規定による保険料の減免の取消しは、後期高齢者医療保険料減免取消通知書により、減免額の変更は、後期高齢者医療保険料減免額変更決定通知書によるものとする。

(公示送達の方法)

第9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、神奈川県後期高齢者医療広域連合公告式条例(平成19年神奈川県後期高齢者医療広域連合条例第1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。

(広域連合区域外に住所を変更する際の証明)

第10条 法第50条第2号の規定による障害の状態の認定又は高齢者の医療の確

保に関する法律施行令（平成19年政令第318号。以下「令」という。）第14条第6項の規定により広域連合の認定を受けた被保険者又は法第99条第2項の被扶養者であった被保険者が広域連合の区域外に住所を変更するときは、広域連合長は、当該被保険者に対し、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／を交付することができる。ただし、法第55条第1項又は第2項の適用を受ける被保険者については、この限りではない。

（資格喪失等の証明）

第11条 被保険者が令別表に掲げる障害の状態に該当しなくなったため又は省令第8条第2項の規定による障害認定の撤回をしたため被保険者資格を喪失したときは、広域連合長は、当該被保険者に対し、後期高齢者医療被保険者資格喪失等証明書を交付することができる。

（負担区分等の証明）

第12条 被保険者が広域連合の区域外に住所を変更するときは、広域連合長は、当該被保険者に対し、後期高齢者医療負担区分等証明書を交付することができる。ただし、法第55条第1項又は第2項の適用を受ける被保険者については、この限りではない。

（保健事業）

第13条 条例第21条第1号に規定する健康診査は、別表第1に定める健診項目によるものとする。

2 条例第21条第2号に規定する被保険者の健康の保持増進のために必要な事業は、次に掲げる事業とする。

（1）関係市町村（神奈川県後期高齢者医療広域連合規約（平成19年神奈川県指令市町第4号）第2条に規定する関係市町村をいう。以下同じ。）が別表第1に定める健診項目を含む健康診査を行った場合における当該市町村への補助金交付事業

（2）被保険者の医療機関受診状況等に関する資料を作成し、関係市町村に提供する事業

（3）被保険者の健康の保持増進のための調査分析その他広域連合長が必要と認める事業

（様式）

第14条 法令及びこの規則の規定による書類その他後期高齢者医療の事務に必要な書類の様式は、別表第2に定めるとおりとする。

(委任)

第15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

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則 (平成21年5月18日規則第8号)

- 1 この条例は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の神奈川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施行規則の規定により作成されている様式は、なお当分の間、適宜修正の上使用することができる。

附 則 (平成21年10月27日規則第12号)

- 1 この条例は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の神奈川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等施行規則の規定により作成されている様式は、なお当分の間、適宜修正の上使用することができる。

附 則 (平成23年1月28日規則第1号)

この規則は、平成23年4月1日から施行する。

別表第1（第13条関係）

項目番号	健診項目
1	既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む。）
2	自覚症状及び他覚症状の有無の検査
3	身長及び体重の検査
4	BMI（次の算式により算出した値をいう。）の測定 $BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)}^2$
5	血圧の測定
6	血清グルタミンクオキサロアセチックトランスアミナーゼ（GOT）、血清グルタミンクピルビックトランスアミナーゼ（GPT）、及びガンマーグルタミルトランスぺプチターゼ（ $\gamma$ -GTP）の検査
7	血清トリグリセライド（中性脂肪）、高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）及び低比重リポ蛋白コレステロール（LDLコレステロール）の量の検査
8	血糖検査
9	尿中の糖及び蛋白の有無の検査

別表第2（第14条関係）

様式番号	様式の種類	関係条文
第1号様式	後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得 （変更・喪失）届書	省令第8条、第25条
第2号様式	後期高齢者医療被保険者資格取得（変更・喪失）届出書	省令第10条、第11条、第12条、第22条、第23条、第24条、第25条、第26条。第10条、第11条、第12条
第3号様式	後期高齢者医療被保険者証（省令様式第2号）	省令第17条第1項
第4号様式	後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書	省令第19条第1項、第21条、第62条第8項、第67条第6項
第5号様式	後期高齢者医療被保険者受療証	第4条
第6号様式	後期高齢者医療基準収入額適用申請書	省令第32条
第7号様式	後期高齢者医療一部負担金減免及び徴収猶予申請書	省令第33条第2項
第8号様式	後期高齢者医療一部負担金減額証明書	省令第33条第2項
第9号様式	後期高齢者医療一部負担金免除証明書	省令第33条第2項
第10号様式	後期高齢者医療一部負担金徴収猶予証明書	省令第33条第2項
第11号様式	後期高齢者医療食事療養等差額支給申請書	省令第37条第2項、第42条第2項
第12号様式	第三者の行為による傷病届	省令第46条
第13号様式	後期高齢者医療療養費支給申請書	省令第47条第1項、第60条第1項
第14号様式	後期高齢者医療特定疾病認定申請書	省令第62条第1項
第15号様式	後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書	省令第67条第1項
第16号様式	後期高齢者医療高額療養費支給申請書	省令第70条第1項
第17号様式	後期高齢者医療葬祭費支給申請書	第5条

様式番号	様式の種類	関係条文
第18号様式	後期高齢者医療仮徴収額決定通知書	条例第14条
第19号様式	後期高齢者医療保険料額決定通知書	条例第14条
第20号様式	後期高齢者医療仮徴収額変更決定通知書	条例第14条
第21号様式	後期高齢者医療保険料額変更決定通知書	条例第14条
第22号様式	後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書	第6条
第23号様式	後期高齢者医療保険料徴収猶予決定・却下通知書	第6条
第24号様式	後期高齢者医療保険料徴収猶予取消通知書	第6条
第25号様式	後期高齢者医療保険料減免申請書	第8条
第26号様式	後期高齢者医療保険料減免決定通知書	第8条
第27号様式	後期高齢者医療保険料減免却下通知書	第8条
第28号様式	後期高齢者医療保険料減免取消通知書	第8条
第28号様式 の2	後期高齢者医療保険料減免額変更決定通知書	第8条
第29号様式	後期高齢者医療簡易申告書	条例第17条
第30号様式	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／	第10条
第31号様式	後期高齢者医療被保険者資格喪失等証明書	第11条
第32号様式	後期高齢者医療負担区分等証明書	第12条

第1号様式

後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得（変更・喪失）届書

届出者名		本人との 関係	
届出者住所		連絡先 電話番号	

	新規（変更・喪失）	変更前
フリガナ		
氏名		
生年月日		
住所		
申請区分		
申請事由		
所有手帳又は証書書類		

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

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 住所  
氏名

印



第3号様式

(裏面)

<p><b>注意事項</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 この証の交付を受けたときは、大切に保管してください。</li> <li>2 保険医療機関等について診療を受けようとするときは、必ずこの証をその窓口で渡してください。</li> <li>3 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市区町村に提出してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。</li> <li>4 この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、保険者（神奈川県後期高齢者医療広域連合）あての届書を、市区町村に提出してください。</li> <li>5 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに、市区町村に提出して、保険者の検認又は更新を受けてください。</li> <li>6 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。</li> </ol> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>特別の事情がないのに保険料を滞納した場合、この証を返還していただくことがあります。また、特別の事情がないのに納期限から1年間経過しても保険料を滞納している場合、この証を返還していただきます。</p> </div> <p>備考</p>
---

(表面)

91mm

<p>後期高齢者医療被保険者証</p> <p>有効期限 年 月 日</p>		
被保険者番号		
被 保 険 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
資格取得年月日	年 月 日	
発 効 期 日	年 月 日	
交 付 年 月 日	年 月 日	
一 部 負 担 金 の 割 合		
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;"> <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">         </span> </div> 神奈川県後期高齢者医療広域連合	

128mm



## 後期高齢者医療被保険者受療証

被保険者証番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
この証で療養給付を受ける ことができる被保険者	氏名										
	現住所										
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女				
	一部負担金の割合	割									
発行理由		被保険者証の交付等手続き中のため									
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで									
保険者	名称	神奈川県後期高齢者医療広域連合									
	番号	3	9	1	4						
年 月 日		神奈川県後期高齢者医療広域連合長									

〈被保険者の方へ〉

- ・この受療証は、保険医療機関等で受診する場合のみにお使いいただけます。被保険者証は後日郵送となりますが、お手元に届くまでの間に受診される時は、医療機関等窓口へご提示ください。
- ・被保険者証が届きましたら、この受療証を被保険者ご自身で破棄していただき、速やかに受診された保険医療機関等窓口へ被保険者証のご提示をお願いします。

〈保険医療機関等の方へ〉

- ・この受療証は、被保険者証の交付申請中などによりまだ被保険者へ交付されていない場合に、被保険者資格を証明するものです。
- ・この受療証が提示された場合には、被保険者証と同様にお取扱いくださるようお願いいたします。

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				
フリガナ				
氏 名				
生 年 月 日				
年 中 の 収 入	公的年金 (老齢基礎年金、老齢厚 生年金、退職共済年金、 老齢年金、退職年金等)	円	円	円
	給 与 (パート収入等含)	円	円	円
	年金・給与以外の収入 ( )収入	円	円	円
	合 計	円	円	円

(注)

- ・市区町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人及び同じ世帯におられる75歳以上の高齢者の方（65歳以上で後期高齢者医療の障害認定をうけている方も含む）それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。  
※なお、世帯に本人以外の75歳以上の高齢者の方（65歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている方も含む）がいない場合であってかつ70歳から74歳の方が世帯内にいる場合には、70歳から74歳の方についても記入してください。
- ・収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入（障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等）は除きます。
- ・公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し、公的年金及び給与収入額が確認できる所得（課税）証明書等を添付してください。  
ただし、1月1日において当市（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。

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

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

申請者 住所  
氏名  
氏名  
氏名

印  
印  
印



第

号

後期高齢者医療一部負担金減額証明書

被 保 険 者 番 号

被  
保  
険  
者

住 所

氏 名

生 年 月 日

年 月 日

減 額

割 額 円

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額を行っている者であることを証明する。

年 月 日

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

第

号

後期高齢者医療一部負担金免除証明書

被 保 険 者 番 号

被  
保  
険  
者

住 所

氏 名

生 年 月 日

年 月 日

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免除を行っている者であることを証明する。

年 月 日

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

第

号

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

年 月 日

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

# 後期高齢者医療食事療養等差額支給申請書

医療機関コード		連番	
都道府県番号	給付割合	090:9割	090
保険種別	1. 単独	1	区分コード
			07. 高入9
07			
保険者番号	3914	療養を受けた被保険者氏名	
被保険者番号		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
診療年月	4 平成 年 月	診療実日数	日
点数表コード	1. 医科 3. 歯科	療養費区分コード	51. 食事標準負差額
			51

診療を受けた医療機関名および所在地				
入院日数	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間 回	
入院日数	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間 回	
入院日数	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間 回	
差額支給	食事標準負担額	1. ( )円 × ( )回 = ( )円	決定額(支給金額)	
		2. ( )円 × ( )回 = ( )円		
	負担相当額	1. ( )円 × ( )回 = ( )円		円
		2. ( )円 × ( )回 = ( )円		

受付年月日	4 平成 年 月 日	減額認定証を医療機関に提示できなかった理由	<input type="checkbox"/> (1) 入院中で申請手続きができなかったため
食事回数			<input type="checkbox"/> (2) 長期入院該当当日前の入院であったため
支給決定額			<input type="checkbox"/> (3) その他 [ ]

※食事回数・金額・口座番号は右詰で記載してください  
 ※名義人はカタカナで左詰で記載してください(姓と名の間を1マス空けてください)

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店 本店 出張所	支払先区分コード	1	1. 被保険者	預金種目	1	1. 普通預金
	金融機関コード	支店コード	口座番号					
	口座名義人(カナ)							

申請欄	平成 年 月 日	上記のとおり関係書類を添えて申請します。	備考欄
	神奈川県後期高齢者医療広域連合長		
	〒		チェック欄
	住所		<input type="checkbox"/> 資格確認
申請者			<input type="checkbox"/> 負担割合確認
氏名			<input type="checkbox"/> 第三者行為等確認
電話			受付印

委任状	私は、次の者に療養費の受領に関する一切の権限を委任します。	
	受任者(口座名義人)	委任者(申請者)
	住所	
氏名	氏名	



# 後期高齢者医療療養費支給申請書

医療機関等コード	1	レセプト管理番号	7														
都道府県番号	8	給付割合	9	090:9割 070:7割	10	12	保険種別	1. 単独 2. 2者併用 3. 3者併用	13	区分コード	07. 高入9 08. 高外9	09. 高入7 00. 高外7	14	15			
保険者番号	16	3	9	1	4	23	療養を受けた被保険者氏名										
被保険者番号	24					31	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日						
公費負担者番号	32					39	診療開始年月日	40	41	42	年	43	44	45	46	日	から
公費受給者番号	47					53	診療終了年月日	54	55	56	年	57	58	59	60	日	まで
診療年月	61	62	63	年	64	65	月	診療実日数	66	67	日	点数表コード	68	1. 医科 3. 歯科 4. 調剤 6. 訪問 7. 柔整 8. 鍼灸 9. マッサージ			
療養費区分コード	69	70	01. 一般診療 02. 海外療養費 03. 補装具 04. 柔整 05. マッサージ 06. 鍼灸 08. 移送 09. 生血 10. 保険外併用療養費 49. その他療養費 52. 負担割合差額 53. 負担限度額差額 99. その他差額														
傷病名							傷病経過										
発病又は負傷年月日	年 月 日						発病又は負傷の原因										
診療を受けた医療機関名および所在地							支給申請をした理由	(1) 業者による装具製作のため (2) 救急で被保険者証を所持していなかったため (3) 現物給付が受けられないため (4) その他( )									
医師等の氏名								受付年月日	71	72	73	年	74	75	76	77	日

※金額は右詰で記載してください。

費用額	78	85	食事回数	86	88	公費対象負担金額	89	96		
請求金額	97	104	食事標準負担額	105	110	公費患者負担額	111	118		
負担金額	119	126	食事決定金額	127	132	支払先都道府県番号	133	134	支払先点数表	135
決定金額	136	143	支給決定額	144	151	支払先番号	152	158		

※口座番号は右詰で記載してください。名義人はカタカナで左詰で記載してください。(姓と名の間を1マス空けてください)

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合				支店 本店 出張所				支払先区分コード				預金種目							
	金融機関コード				支店コード				口座番号				1. 被保険者 2. 受領委任 3. 受領委任(団体)				1. 普通預金 2. 当座預金			
	161	164	165	167	168	174	175	/				/								
	口座名義人(カナ)																			
181															220					
221															260					

申請欄	年 月 日 上記のとおり関係書類を添えて申請します。												備考欄			
	神奈川県後期高齢者医療広域連合長															
	〒 住所 _____												チェック欄			
	申請者 氏名 _____ (印)												<input type="checkbox"/> 資格確認 <input type="checkbox"/> 負担割合確認 <input type="checkbox"/> 第三者行為等確認			
電話 _____												受付印				

委任状	私は、次の者に療養費の受領に関する一切の権限を委任します。											
	受任者(口座名義人)						委任者(申請者)					
	住所 _____						氏名 _____ (印)					

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		
被 保 険 者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
疾病の名称		

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

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 住所

氏名



後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号			
被 保 険 者	フリガナ		性 別
	氏 名		
	生年月日		
	住 所		
長期入院			

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。			入院日数合計 ( 日間)
①	申請日の前1年間の入院日数	~ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
②	申請日の前1年間の入院日数	~ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
③	申請日の前1年間の入院日数	~ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
④	申請日の前1年間の入院日数	~ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
⑤	申請日の前1年間の入院日数	~ ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

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

申請者 住所

氏名

㊟

## 後期高齢者医療高額療養費支給申請書

保険者番号		氏名	
被保険者番号			
生年月日		電話番号	

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

委任状	私は、次の者に高額療養費の受領に関する一切の権限を委任します。	
	申請者	住所 _____
		氏名 _____ 印
	受任者	住所 _____
		氏名 _____

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合	本店 支店 支所 出張所	預金種目	1. 普通	口座番号						
			口座名義 (カナ)								
	金融機関コード 支店コード			口座名義 (漢字)							

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か

〔 ※ 原爆一般疾病医療費、特定疾患の治療研究に係る医療給付など、後期高齢者医療高額療養費制度以外の公費負担医療制度等により支給を受けられる場合に、ご記入ください。 〕

制度名 \_\_\_\_\_

※ 処 理 欄	支給金額				受 付
		円			
	(備考)				

※処理欄には何も記載しないでください。

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

申請先資格情報	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 介護保険	(保険者等記入欄)
保険者番号	3 9 1 4	支給申請書整理番号
被保険者証記号		申請対象年度
被保険者(証)番号		

フリガナ		性	1. 男	計算期間	始期	年	月
氏名 (被保険者)		別	2. 女		終期	年	月
生年月日	年 月 日						
住所	〒						

上記対象者について、  
 ① 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  
 ② 自己負担額証明書の交付  
 を申請します。

※ 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を丸で囲んでください。  
 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。

年 月 日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長  
 市区町村長 〒

住所 \_\_\_\_\_ ※被保険者住所と同一の場合は省略可

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ ⑤  
 (国民健康保険の場合は世帯主) 電話番号 ( )

振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合	本店 支店 出張所 支所	種目	1. 普通 2. 当座	口座番号										
	フリガナ														
	金融機関コード	支店コード	口座名義人												

私は、次の者に高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者(口座名義人) \_\_\_\_\_ 委任者(申請者) \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ ⑤

年 月 現在ご加入の医療保険資格情報													
保険者番号	3	9	1	4					続柄	保険者名称	計算期間における加入期間		
被保険者証記号									1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員 4. 被保険者本人		年	月	日から
被保険者(証)番号											年	月	日まで

年 月 現在ご加入の介護保険資格情報												
保険者番号									保険者名称	計算期間における加入期間		
被保険者番号										年	月	日から
										年	月	日まで

※	医療保険者加入歴					添付の自己負担額証明書番号		
	保険者番号					続柄	保険者名称	計算期間における加入期間
	被保険者証記号					1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員 4. 被保険者本人		年 月 日から
	被保険者(証)番号							年 月 日まで
※	介護保険者加入歴					添付の自己負担額証明書番号		
	保険者番号					保険者名称	計算期間における加入期間	
	被保険者番号						年 月 日から	
							年 月 日まで	

※計算期間中に変更があった場合のみ記入 【点線部分は職員使用欄】

備考	後期高齢者医療支給額	円	(支給決定金額合計)	枚 中	受付印	
	国民健康保険支給額	円				枚 目
	介護保険支給額	円				

# 後期高齢者医療葬祭費支給申請書

年 月 日

〒□□□□-□□□□

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

住所 \_\_\_\_\_

申請者  
(喪主)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※ 日中に連絡がとれる番号

電話 ( ) \_\_\_\_\_



次のとおり葬祭費の支給を申請します。

保険者 番号	3	9	1	4					被保険者 番号								
死亡した 被保険者の 氏名								死亡した 被保険者の の 生年月日	(明治・大正・昭和) 年 月 日			喪主と の関係 (続柄)					
死亡した日	年 月 日			葬祭日			年 月 日										
申請金額	¥ 50,000-																

振込先 口座	銀行 組合 信用金庫 ( )	本店 支店 出張所 ( )	種目 <input type="radio"/> 1.普通 <input type="radio"/> 2.当座	口座番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	フリガナ																
	金融機関コード	支店コード		口座名義人													

委任 状	私は、次の者に葬祭費の受領に関する一切の権限を委任します。																	
	受任者(口座名義人)								委任者(喪主)									
	住所								住所									
	氏名								氏名									(印)

※ 処理 欄	市区 町村 入力 欄	事実確認	葬祭日確認	窓口受付 担当者	(備考)			受 付 印
		<input type="checkbox"/> 住基確認済						
		<input type="checkbox"/> 埋火葬許可	喪主確認					
		<input type="checkbox"/> 受理証明書						
		<input type="checkbox"/> 戸籍課照会						
広域 連合 入力 欄	受付日	決定日	支給日	氏名	続柄	連絡先		
	住所	葬祭日	金融機関	預金科目	口座番号	口座名義		

(広域連合保管用)

(注意) ※印の欄は、記入しないでください。

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

## 後期高齢者医療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。

被保険者氏名				被保険者番号							
決定年月日	平成	年	月	日	決定理由						
					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所得割軽減額	⑧均等割軽減額	⑨年保険料額 ⑤-⑥-⑦-⑧		⑩保険料額 ⑨+⑬-⑭-⑮		⑪割合	仮徴収額 ⑩×⑪
						/	

被用者保険の被扶養者に係る軽減が適用される期間の保険料算定の基礎（終了年度のみ）

⑫均等割額	⑬均等割軽減額	⑭年保険料額 ⑫-⑬

\* 後期高齢者医療仮徴収額は、高齢者の医療の確保に関する法律及び神奈川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、前年度の保険料額より法令の割合で計算されたものです。

\* 前年度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） } 確定年保険料  
均等割額＝ 円 } [50万円を限度とする]

※1 賦課のもととなる所得金額＝ 年中の総所得金額等－33万円

\* 均等割軽減

次に該当する世帯の被保険者は、下記の保険料額が軽減されます。

総所得金額等が33万円以下 均等割額・・・ 円  
 内、世帯内の被保険者全員が年金収入80万円以下（その他各種所得がない） 均等割額・・・ 円  
 総所得金額等が33万円＋{24.5万円×被保険者数(世帯主を除く)}以下 均等割額・・・ 円  
 総所得金額等が33万円＋{35万円×被保険者数}以下 均等割額・・・ 円

\* 所得割軽減

賦課のもととなる所得金額が58万円以下 所得割額・・・5割軽減

\* 被用者保険の被扶養者であったものに対する軽減

被用者保険の被扶養者であったものは、所得割がかからず、下記の保険料が軽減されます。

均等割額・・・ 円

\* 不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、神奈川県後期高齢者医療審査会（神奈川県庁内）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、神奈川県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、神奈川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。

備考 必要があるときには、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えること、その他所要の調整を加えることができること。

神奈川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次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	平成	年	月	日	決定理由						
年度分の後期高齢者医療保険料額											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+⑩-⑪-⑫

被用者保険の被扶養者に係る軽減が適用される期間の保険料算定の基礎（終了年度のみ）

⑬均等割額	⑭均等割軽減額	⑮年保険料額 ⑬-⑭	月数	⑯月割減額

- \* 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神奈川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。  

$$\left. \begin{array}{l} \text{所得割額} = \text{賦課のもととなる所得金額} (\times 1) \times \text{所得割率} ( / 100) \\ \text{均等割額} = \text{円} \end{array} \right\} \begin{array}{l} \text{確定年保険料} \\ \text{[50万円を限度とする]} \end{array}$$
 なお、 年 月 日以降に被保険者資格の取得及び喪失があるときは月割りにて算定します。  
 $\times 1$  賦課のもととなる所得金額 = 年中の総所得金額等 - 33万円
- \* 均等割軽減  
 次に該当する世帯の被保険者は、下記の保険料額が軽減されます。  
 総所得金額等が33万円以下 均等割額・・・ 円  
 内、世帯内の被保険者全員が年金収入80万円以下（その他各種所得がない） 均等割額・・・ 円  
 総所得金額等が33万円 + {24.5万円 × 被保険者数(世帯主を除く)} 以下 均等割額・・・ 円  
 総所得金額等が33万円 + {35万円 × 被保険者数} 以下 均等割額・・・ 円
- \* 所得割軽減  
 賦課のもととなる所得金額が58万円以下 所得割額・・・5割軽減
- \* 被用者保険の被扶養者であったものに対する軽減  
 被用者保険の被扶養者であったものは、所得割がかからず、下記の保険料が軽減されます。  
 均等割額・・・ 円
- \* 不服申立て及び取消訴訟  
 この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、神奈川県後期高齢者医療審査会（神奈川県庁内）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、神奈川県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、神奈川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。

備考 必要があるときには、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えること、その他所要の調整を加えることができること。

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

### 後期高齢者医療仮徴収額変更決定通知書

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。

被保険者氏名			被保険者番号										
決定年月日		決定理由											
変更前仮徴収額		円	変更後仮徴収額										円
			仮徴収額										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60日以内に、神奈川県後期高齢者医療審査会（神奈川県庁内）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、神奈川県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、神奈川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。

神奈川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次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	平成	年	月	日	決定理由							
											年度分の後期高齢者医療保険料額	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+⑩-⑪
変更前						
変更後						

被用者保険の被扶養者に係る軽減が適用される期間の保険料算定の基礎（終了年度のみ）

	⑫均等割額	⑬均等割軽減額	⑭年間保険料額 ⑫-⑬	月数	⑮月割減額
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神奈川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） } 確定年保険料  
 均等割額＝ 円 } [50万円を限度とする]

なお、 年 月 日以降に被保険者資格の取得及び喪失がある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＝ 年中の総所得金額等－33万円

\* 均等割軽減

次に該当する世帯の被保険者は、下記の保険料額が軽減されます。

総所得金額等が33万円以下 均等割額… 円  
 内、世帯内の被保険者全員が年金収入80万円以下（その他各種所得がない） 均等割額… 円  
 総所得金額等が33万円＋{24.5万円×被保険者数(世帯主を除く)}以下 均等割額… 円  
 総所得金額等が33万円＋{35万円×被保険者数}以下 均等割額… 円

\* 所得割軽減

賦課のもととなる所得金額が58万円以下 所得割額…5割軽減

\* 被用者保険の被扶養者であったものに対する軽減

被用者保険の被扶養者であったものは、所得割がかからず、下記の保険料が軽減されます。

均等割額… 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60日以内に、神奈川県後期高齢者医療審査会（神奈川県庁内）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、神奈川県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、神奈川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。

備考 必要があるときには、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えること、その他所要の調整を加えることができること。

### 後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書

申請者住所.....

申請者氏名.....⑩

被保険者との関係.....

の規定により、

次のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療保険料の徴収猶予を申請します。

#### 記

1 被保険者等

氏名カナ			
氏名			
住所			
被保険者番号		電話番号	
世帯主氏名			
世帯主住所			

2 保険料の額等

納期	保険料額	徴収猶予期間	備考
合計			

3 申請理由


神奈川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

さきに申請がありました 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
決定・却下理由	

納期	保険料額	徴収猶予期間	備考
合計			

不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、神奈川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、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、神奈川県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、神奈川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。

神奈川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 日付けで決定しました 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
合計				

#### 不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して 60 日以内に、神奈川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、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、神奈川県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、神奈川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。

### 後期高齢者医療保険料減免申請書

申請者住所.....

申請者氏名.....⑩

被保険者との関係.....

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


神奈川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 日付け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、次のとおり決定と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60日以内に、神奈川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、神奈川県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、神奈川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。

神奈川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 日付け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、次のとおり却下と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60日以内に、神奈川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、神奈川県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、神奈川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。

神奈川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 日付け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、次のとおり取消と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60日以内に、神奈川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、神奈川県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、神奈川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。

神奈川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額変更決定通知書

年 月 日付けで決定しました後期高齢者医療保険料減免につきまして、次のとおり減免額を変更したので通知します。

氏名		年度区分	年度
		被保険者番号	
変更決定年月日	年 月 日		
変更前保険料額	円	変更前減免額	円
変更後保険料額	円	変更後減免額	円
減免額変更理由			

## 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60日以内に、神奈川県後期高齢者医療審査会（神奈川県庁内）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、神奈川県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、神奈川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。

### 年度分 後期高齢者医療簡易申告書

神奈川県後期高齢者医療広域連合長 宛 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。  
 様分の

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 (印)	職 業
		電 話
現住所	(世帯主の氏名及び続柄)	

① 所得金額等 収入がない方はこちらにご記入ください。⇒仕送り・被扶養者・その他 ( )

所得の種類	㉑ 収入金額	㉒ 必要経費 (専従者給与額・控除額を含む)	㉓ 所得金額 (㉑-㉒)	備 考
営 業	円	円	円	
不 動 産	円	円	円	
農 業	円	円	円	
専従者 控除				※営業、不動産、農業の 必要経費の内数
給 与	円			
専従者 給与	円			※給与収入額の内数
年 金	円			※遺族年金・障害年金等 非課税年金を除く
譲 渡	円	円	円	※下記②欄に必要事項を 記入してください。
そ の 他	円	円	円	
	円	円	円	

② 譲渡所得に関する事項

資産の種類 (○印を付してください。)	左の資産を取得した年月日	譲渡した年月日	特別控除の特例等
1 土地建物等 2 その他の資産			交換買換・収用・居住用財産 その他 ( )

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		
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

--	--	--	--	--	--	--	--

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

〇〇 〇〇



## 後期高齢者医療被保険者資格喪失等証明書

被保険者番号										
被保険者氏名						性別	男	女		
住所						生年月日	明・大・昭	年	月	日
資格喪失等年月日	年		月		日					

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

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			
		基準額以上	基準額未満	非課税	老福	基準額以下	
2	氏名						
	該当する負担区分	一定以上負担区分		減額区分			
		基準額以上	基準額未満	非課税	老福	基準額以下	
3	氏名						
	該当する負担区分	一定以上負担区分		減額区分			
		基準額以上	基準額未満	非課税	老福	基準額以下	
4	氏名						
	該当する負担区分	一定以上負担区分		減額区分			
		基準額以上	基準額未満	非課税	老福	基準額以下	
5	氏名						
	該当する負担区分	一定以上負担区分		減額区分			
		基準額以上	基準額未満	非課税	老福	基準額以下	

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

神奈川県後期高齢者医療広域連合長