

# 鳥取県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療施行規則

平成20年3月31日

規則第6号

改正 平成21年6月23日規則第2号

平成21年11月26日規則第5号

平成22年6月14日規則第2号

## 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31条）

第5章 雑則（第32条—第33条）

## 附則

第1章 総則

（趣旨）

第1条 鳥取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。）及び鳥取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年条例第25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 省令第8条第1項の規定による障害認定に関する申請書は、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 鳥取県後期高齢者医療広域連合長（以下「広域連合長」という。）は、前項の規定による申請書を受理し、審査を行った結果、政令で定める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）により当該被保険者に対し通知するものとする。

（被保険者に関する届出）

第3条 省令第10条、第11条及び第22条から第26条までの規定による被保険者資格の取得及び喪失に関する届書は、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。

（病院等に入院、入所又は入居中の者に関する届出）

第4条 省令第12条の規定による病院等に入院、入所又は入居中の者に関する届書は、後期高齢者医療住所地特例（適用・変更・終了）届書（様式第3号）によるものとする。

（被保険者証の返還通知）

第5条 省令第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4号）によるものとする。

(特別の事情に関する届出)

第6条 省令第16条及び第73条の規定による特別の事情に関する届書は、特別事情に関する届書(様式第5号)によるものとする。

(被保険者証の再交付申請)

第7条 省令第19条第1項の規定による被保険者証の再交付申請書は、後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書(様式第6号)によるものとする。

(被保険者証等の更新時期及び有効期限)

第8条 省令第20条第1項の規定による被保険者証の更新時期は、毎年8月1日とする。

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。)の有効期限は、被保険者証等交付日の翌年7月31日とする。ただし、1月1日から7月31日までに交付する被保険者証等の有効期限については、当該年の7月31日とする。

3 前2項の規定にかかわらず、広域連合長が必要と認めるときは、有効期限を更新の日から起算して6か月を超えない範囲で定め、当該有効期限の翌日に被保険者証を更新するものとする。

(認定証明書の申請)

第9条 省令第26条の規定による転出の届出に際して、省令第8条第1項の規定による障害認定又は省令第62条第4項の規定による特定疾病認定の証明書の交付を受けようとする者は、後期高齢者医療による認定証明書交付申請書(様式第7号)を広域連合長に提出しなければならない。

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、後期高齢者医療による認定証明書(様式第8号)を交付するものとする。

(負担区分等証明書の申請)

第10条 省令第26条の規定による転出の届出に際して、負担区分等の証明書の交付を受けようとする者は、後期高齢者医療による負担区分等証明書交付申請書(様式第9号)を広域連合長に提出しなければならない。

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、後期高齢者医療負担区分等証明書(様式第10号)を交付するものとする。

### 第3章 後期高齢者医療給付

(基準収入額適用申請)

第11条 省令第32条の規定による基準収入額適用申請書は、後期高齢者医療基準収入額適用申請書(様式第11号)によるものとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理したときは速やかに承認又は不承認を決定し、不承認としたときは、後期高齢者医療基準収入額適用申請却下通知書(様式第12号)により当該被保険者に対し通知するものとする。

(一部負担金の減免等)

第12条 省令第33条第2項の規定による一部負担金減免等申請書は、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13号)によるものとする。

2 広域連合長は、省令第33条第2項の規定による申請書を受理したときは、速やかにその可否を決定し、後期高齢者医療一部負担金減額証明書(様式第14号)又は後期高齢者医療一部負担金免除証明書(様式第15号)若しくは後期高齢者医療一部負担金徴収

猶予証明書（様式第16号）を交付し、又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17号）により当該被保険者に対し通知するものとする。

（食事療養費及び生活療養費標準負担額差額の支給申請）

第13条 省令第37条第2項の規定及び省令第42条第2項の規定による標準負担額差額の支給に関する申請書は、後期高齢者医療食事療養差額支給申請書（様式第18号）によるものとする。

2 広域連合長は、前項の規定による支給申請書を受理したときは、速やかに支給又は不支給を決定し、後期高齢者医療給付支給決定通知書（様式第19号）又は後期高齢者医療給付申請却下通知書（様式第20号）により当該被保険者に対し通知するものとする。

（第三者の行為による被害の届出）

第14条 省令第46条の規定による届書は、第三者行為による傷病届（様式第21号）によるものとする。

（療養費の支給申請）

第15条 省令第47条第1項の規定による療養費の支給に関する申請書は、後期高齢者医療療養費支給申請書（様式第22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関する申請については、当該各号に定めるところによる。

(1) はり、きゅう及びあんま・マッサージの施術に係る療養費の支給 はり、きゅう及びあんま・マッサージの施術に係る療養費の取扱いについて（平成9年12月1日保険発第150号厚生省保険局医療課長通知）による。

(2) 鳥取社会保険事務局長及び鳥取県知事に受領委任の取扱いに係る登録を行っている柔道整復師又は鳥取社会保険事務局長及び鳥取県知事から受領委任の承諾を受けている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11年10月20日保発第144号厚生省保険局長通知）による。

2 海外において診療を受けたときの療養費の支給を受けようとするときは、診療内容明細書及び領収明細書を提出しなければならない。

3 広域連合長は、第1項の規定による申請書を受理したときは、速やかに支給又は不支給を決定し、後期高齢者医療給付支給決定通知書（様式第19号）又は後期高齢者医療給付申請却下通知書（様式第20号）により当該被保険者に対し通知するものとする。

（特別療養費の支給申請）

第16条 省令第54条第1項の規定による特別療養費の支給申請書は、後期高齢者医療療養費支給申請書（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たときは、速やかに支給又は不支給を決定し、後期高齢者医療給付支給決定通知書（様式第19号）又は後期高齢者医療給付申請却下通知書（様式第20号）により当該被保険者に対し通知するものとする。

（移送費の支給申請）

第17条 省令第60条第1項の規定による移送費の支給申請書は、後期高齢者医療療養費支給申請書（様式第22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、移送に要した費用の領収書を添えて広域連合長に提出しなければならない。

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、速やかに支給又は不支給を決定し、後期高齢者医療給付支給決定通知書（様式第19号）又は後期高齢者医療給付

申請却下通知書(様式第20号)により当該被保険者に対し通知するものとする。

(特定疾病の認定申請)

第18条 省令第62条第1項の規定による特定疾病の認定に関する申請書は、後期高齢者医療特定疾病認定申請書(様式第23号)によるものとし、同条第2項に規定する書類を添えて広域連合長に提出しなければならない。

2 広域連合長は、省令第62条第1項の申請を不承認としたときは、後期高齢者医療特定疾病認定申請却下通知書(様式第24号)により当該被保険者に対し通知するものとする。

(標準負担額減額の認定申請)

第19条 省令第67条第1項の規定による限度額適用・標準負担額減額の認定に関する申請書は、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25号)によるものとする。

2 広域連合長は、前項の申請を不承認としたときは、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26号)により当該被保険者に対し通知するものとする。

(限度額適用・標準負担額減額認定証の更新時期及び有効期限)

第20条 省令第67条第6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時期は、特段の事由がある場合を除き、毎年8月1日とする。

2 限度額適用・標準負担額減額認定証の有効期限は、交付日の翌年7月31日とする。ただし、1月1日から7月31日までに交付する場合の有効期限については、当該年の7月31日とする。

(限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付申請)

第21条 省令第67条第6項の規定による限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付に関する申請書は、後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書(様式第6号)によるものとする。

(高額療養費の支給申請)

第22条 省令第70条第1項の規定による高額療養費の支給申請書は、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 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、速やかに支給又は不支給を決定し、後期高齢者医療給付支給決定通知書(様式第19号)又は後期高齢者医療給付申請却下通知書(様式第20号)により当該被保険者に対し通知するものとする。

(高額介護合算療養費の支給申請)

第22条の2 省令第71条の9第1項及び第71条の10第1項の規定による高額介護合算療養費の支給及び証明書交付申請書は、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2)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、速やかに支給又は不支給を決定し、後期高齢者医療給付支給決定通知書(様式第19号)又は後期高齢者医療給付申請却下通知書(様式第20号)により当該被保険者に対し通知するものとする。

(葬祭費の支給申請)

第23条 条例第2条の規定による申請は、後期高齢者医療葬祭費支給申請書(様式第2

8号)にその被保険者証及び死亡を証明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場合は、証明書の添付を要しない。

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、速やかに支給又は不支給を決定し、後期高齢者医療給付支給決定通知書(様式第19号)又は後期高齢者医療給付申請却下通知書(様式第20号)により当該葬祭を行う者に対し通知するものとする。

(後期高齢者医療給付費の一時差止通知)

第24条 広域連合長は、法第92条第1項又は第2項の規定により後期高齢者医療給付の全部又は一部の支払を一時差し止めることを決定したときは、後期高齢者医療給付の一時差止通知書(様式第29号)により当該被保険者に対し通知するものとする。

(後期高齢者医療給付の一時差止の解除)

第25条 広域連合長は、法第92条の規定により後期高齢者医療給付の支払を一時差し止められている滞納者が、次の各号のいずれかに該当したときは、後期高齢者医療給付の一時差止を解除する。

- (1) 滞納している保険料を完納したとき又は滞納額が著しく減少したとき
- (2) 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対象者となったとき
- (3) 省令第13条に定める公費負担医療費の対象者となったとき
- (4) 政令第4条に定められた特別の事情に該当する旨の届出がされたとき

2 広域連合長は、前項の規定により、後期高齢者医療給付の一時差止の解除を決定したときは、後期高齢者医療給付一時差止解除通知書により当該滞納者に通知するものとする。

3 広域連合長は、第1項の規定により後期高齢者医療給付費の一時差止を解除した場合は、当該後期高齢者医療給付費を速やかに支給するものとする。

(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 省令第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30号)によるものとする。

#### 第4章 保険料

(保険料の額の通知)

第27条 条例第17条の規定による保険料の額が定まったときの通知及びその額に変更があったときの通知は、それぞれ後期高齢者医療保険料額決定通知書(様式第31号)、後期高齢者医療保険料額変更決定通知書(様式第32号)によるものとする。

(保険料の徴収猶予又は減免の申請)

第28条 条例第18条第2項の規定による被保険者の保険料の徴収猶予申請書は、後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書(様式第33号)により、条例第19条第2項の規定による被保険者の保険料の減免申請書は、後期高齢者医療保険料減免申請書(様式第34号)によるものとする。

2 広域連合長は、前項の申請があったときは、広域連合長は速やかに審査した後、その結果を申請者に対し後期高齢者医療保険料徴収猶予決定(却下)通知書(様式第35号)又は後期高齢者医療保険料減免決定通知書(様式第36号)若しくは後期高齢者医療保険

料減免却下通知書（様式第 37 号）により通知する。

3 広域連合長は、条例第 18 条第 1 項の規定により保険料の徴収猶予を受けていた者について、その理由が消滅したことにより徴収猶予を取り消す場合は、後期高齢者医療保険料徴収猶予取消通知書（様式第 38 号）により通知する。

4 広域連合長は、条例第 19 条第 1 項の規定により保険料の減免を受けていた者について、その理由が消滅したことにより減免を取り消す場合は、後期高齢者医療保険料減免取消通知書（様式第 39 号）により通知する。

5 条例第 18 条又は第 19 条の規定による徴収猶予又は減免の理由が消滅した場合の申告は、後期高齢者医療保険料減免・徴収猶予理由消滅申告書（様式第 40 号）により行うものとする。

（保険料の減免等の基準）

第 29 条 条例第 19 条の規定により被保険者の保険料を減免する場合は、鳥取県後期高齢者医療保険料減免及び徴収猶予実施要綱（平成 20 年訓令第 7 号）に定めるところによる。

（申告書）

第 30 条 条例第 20 条の規定による申告書は、後期高齢者医療保険料簡易申告書（様式第 41 号）によるものとする。

## 第 5 章 雑則

（徴収職員等証票）

第 31 条 徴収職員は、一部負担金等の徴収金の徴収並びに徴収金に関して財産の差押えを行う場合において、当該徴収職員の身分を証明する徴収職員証（様式第 42 号）を、被保険者の資格、後期高齢者医療給付及び保険料に関して文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問させる場合においては、その命令を受けた職員であることを証明する後期高齢者医療検査証（省令第 112 条による様式第 10 号）を携帯しなければならない。

（その他）

第 32 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）

1 この規則は、平成 20 年 4 月 1 日から施行する。

（被保険者証等有効期限の特例）

2 平成 20 年 4 月 1 日から平成 20 年 7 月 31 日までに交付する第 8 条に規定する被保険者証及び第 20 条に規定する限度額適用・標準負担額減額認定証の有効期限は、第 8 条及び第 20 条の規定にかかわらず、平成 21 年 7 月 31 日とする。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

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	
連絡先電話番号			

	新規（変更・喪失）	変更前
フリガナ		
氏名		男・女
生年月日	年 月 日生	
住所	〒 ー	
申請区分		
申請事由	1 資格取得 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 県外転入 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 生保停廃止 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 上記の事由発生年月日 ( . . )	2 変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 県内市町村転出入 <input type="checkbox"/> 市町村内転居 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 上記の事由発生年月日 ( . . )
		3 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 県外転出 <input type="checkbox"/> 障害認定取り下げ <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 上記の事由発生年月日 ( . . )
所有手帳又は証書種類		

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）いたします。

年 月 日

申請者 氏名

印

様式第 2 号

番 号  
平成 年 月 日

様

鳥取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 日以内に鳥取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、鳥取県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、鳥取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

後期高齢者医療住所地特例（適用・変更・終了）届書

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり住所地特例（適用・変更・終了）について届け出ます。

届出年月日		年		月		日	
届出人氏名						本人との関係	
届出人住所		〒 ー					
		電話番号 ( )					

\*届出者が被保険者本人の場合、届出者住所・電話番号は不要

被 保 険 者	被保険者番号									
	フリガナ									
	氏名		生年月日		年		月		日	
			性別		男 ・ 女					

世 帯 主	フリガナ		続柄							
	氏名		生年月日		年		月		日	
			性別		男 ・ 女					

異 動 前 情 報	従前の住所		〒 ー							
			電話番号 ( )							
	*異動前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		年		月		日			

異 動 後 情 報	現住所		〒 ー							
			電話番号 ( )							
	*異動後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		年		月		日			

様

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 印

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 5 4 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 6 0 日以内に、鳥取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、鳥取県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は鳥取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

特別事情に関する届書

被保険者番号		
被保険者住所		
被保険者氏名		
保険料を納付 できない理由	特別事情の発生時期	年 月 日
	具体的な理由	
	特別事情が解消される 時期の見込み	年 月 日
<p>上記のとおり届けます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>氏名 印</p> <p>鳥取県後期高齢者医療広域連合長 様</p>		

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号			
フリガナ			
氏名			
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女
住所	〒 —		
再交付する証明書	1 被保険者証 2 限度額適用・標準負担額減額認定証 3 特定疾病療養受療証 4 その他 ( )		
申請の理由	1 紛失      2 破損      3 その他 ( )		

上記のとおり、被保険者証等の再交付を申請します。

年 月 日

申請者 氏名

印

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 様

様式第 7 号

後期高齢者医療による認定証明書交付申請書

平成 年 月 日 都（道府県） 市（区町村）に転出するので

（ 高齢者の医療の確保に関する法律第 50 条第 2 号の障害認定証明書

）  
（ 高齢者の医療の確保に関する法律施行令第 14 条第 4 項の特定疾病認定証明書

の交付を申請します。

平成 年 月 日

旧住所

申請者 新住所

氏 名

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 様

後期高齢者医療による認定証明書			
氏名		年 月 日生	男・女
住所	新		変 更 年 月 日
	旧		年 月 日
認定の状況	認定年月日	年 月 日	
	認定の内容	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 高齢者の医療の確保に関する法律施行令第14条第4項の特定疾病認定	
	認定の基礎となった書類		
<p>上記のとおり認定を行ったことを証明します。</p> <p style="margin-top: 50px;">年 月 日</p> <p style="margin-top: 20px;">鳥取県後期高齢者医療広域連合長</p>			

様式第 9 号

後期高齢者医療による負担区分等証明書交付申請書

平成 年 月 日 都（道府県） 市（区町村）に転出するので

本人及び同一世帯に転出する以下の者に係る高齢者の医療の確保に関する法律による負担  
区分等証明書の交付を申請します。

氏 名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

旧住所

申請者 新住所

氏 名

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 様

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			
		特例基準額以上	特例基準額未満	基準額未満	非課税	老福	基準額以下	税経過措置
2	氏名							
	該当する負担区分	一定以上負担区分			減 額 区 分			
		特例基準額以上	特例基準額未満	基準額未満	非課税	老福	基準額以下	税経過措置
3	氏名							
	該当する負担区分	一定以上負担区分			減 額 区 分			
		特例基準額以上	特例基準額未満	基準額未満	非課税	老福	基準額以下	税経過措置
4	氏名							
	該当する負担区分	一定以上負担区分			減 額 区 分			
		特例基準額以上	特例基準額未満	基準額未満	非課税	老福	基準額以下	税経過措置
5	氏名							
	該当する負担区分	一定以上負担区分			減 額 区 分			
		特例基準額以上	特例基準額未満	基準額未満	非課税	老福	基準額以下	税経過措置

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

鳥取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書

届出者名		本人との関係	
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 月 日生	年 月 日生	年 月 日生	
平成 年中の 収入	公的年金 (老齢基礎年金、老 齢厚生年金、退職共 済年金、老齢年金、 退職年金等)	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	給与 (パート収入等含)	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	年金・給与以外の収 入 ( ) 収入	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	合計	_____ 円	_____ 円	_____ 円

(注)

- ・市区町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人及び同じ世帯におられる75歳以上の高齢者の方(65歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている方も含む)それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。
- ・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

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の負担区分判定に係る収入額を申請します。

年 月 日

申請者 氏名 ⑩

氏名 ⑩

氏名 ⑩

様式第 12 号

番 号  
平成 年 月 日

様

鳥取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令第 7 条第 3 項、附則第 2 条第 2 項、附則第 3 条第 1 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	

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 日以内に鳥取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、鳥取県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、鳥取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

後期高齢者医療一部負担金減免及び執行猶予申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号			
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		
傷病名			
発病又は負傷年月日			
減免等種類			
申請の理由			

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の一部負担金の を申請します。

年 月 日

申請者 氏名

印

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	
有効期限		月
		至

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

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

鳥取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免除証明書

被保険者番号		
被 保 険 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
有効期限		月
		至

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

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

鳥取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	
有効期限		月
		至

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

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

鳥取県後期高齢者医療広域連合長

平成 年 月 日

様

鳥取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

この処分不服のある場合には、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、鳥取県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求することができます。なお、この決定の取消の訴えは、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、裁決を経ないでも提起できます。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、鳥取県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、鳥取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

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	.....	療 受 養 け を た	被保険者氏名	年 月 日
被保険者番号	.....			
公費負担者番号	.....		生年月日	年 月 日
公費受給者番号	.....			

減額認定証の内容を記載してください。			
交 付 区 分		適用年月日	年 月 日
交 付 年 月 日	年 月 日	長期該当年月日	年 月 日

診療を受けた医療機関等の所在地			
診療を受けた医療機関等			
入院日数	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間 回
入院に際して受けた食事療法に対し支払った額 (標準負担額)			円
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由			

差 額 支 給	イ (      -      ) 円 × (      ) 回 = (      ) 円	合 計	-
	ロ (      -      ) 円 × (      ) 回 = (      ) 円		
	ハ (      -      ) 円 × (      ) 回 = (      ) 円		
	ニ (      -      ) 円 × (      ) 回 = (      ) 円		
	ホ 却下 (理由:      )		

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は ( ) 内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀 行 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 (カタカナ)	.....						

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1文字として、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

鳥取県後期高齢者医療広域連合長様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

様

鳥取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、下記のとおりに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. 支払予定日

年 月 日

※口座に入金されるのは、支払予定日を前後する事があります。

6. 支払方法

この決定に不服のある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、鳥取県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求することができます。なお、この決定の取消の訴えは、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等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、裁決を経ないでも提起できます。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、鳥取県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、鳥取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

平成 年 月 日

様

鳥取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、下記のとおりに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

この決定に不服のある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、鳥取県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求することができます。なお、この決定の取消の訴えは、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等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、裁決を経ないでも提起できます。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、鳥取県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、鳥取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

第三者行為による傷病届

被害者		フリガナ		世帯主 との続柄	被保険者番号		
		氏名					
		明・大・昭・平 年 月 日生( 歳)					
第三者	本人	住所		電話			
		フリガナ 氏名	他名	年 月 日 生			
	使用者	住所 名称 代表者名		電話			
事故の状況	発生日時	平成 年 月 日		午前	時 分頃	午後	
	発生場所						
	原因・状況						
診療関係	傷病名			初診日	年 月 日		
	治癒までの 見込み	入院 日	通院 日	費用	円		
	保険医療機関	住所 名称	電話				
損害賠償関係	示談等の交渉状況						
	自賠責保険	保険会社名	電話	担当者			
		契約者名		証明書番号			
		保有者	住所				
	氏名						
	任意保険	保険会社	住所				
			名称	電話			
証券番号		保険期間	担当者				

上記のとおりお届けします。

平成 年 月 日

住所  
氏名

印

様

## 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		療 養 を 受 け た	被保険者氏名			
被保険者番号			生年月日	年	月	日
公費負担者番号			入外		割合	割
公費受給者番号						
診療年月	年    月    日	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	
発病又は負傷の理由	

療養に要した費用額						食 事 回 数				
審査支認定額※1						療養に要した費用額				
一 部 負 担 金						食 事 基 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 <small>左請記載してください</small>				
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1文字として、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

鳥取県後期高齢者医療広域連合長様

申請者   住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先 \_\_\_\_\_

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名		本人との関係	
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	年	月	日生
	住所	〒		
疾病の名称				

鳥取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 氏名

印

様式第 24 号

番 号  
平成 年 月 日

様

鳥取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 日以内に鳥取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、鳥取県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、鳥取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

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	
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	年 月 日生	
	住所	〒 -	
保険者番号			
保険者の名称及び所在地			
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	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	

鳥取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

申請者 氏名

㊞

様式第 26 号

番 号  
平成 年 月 日

様

鳥取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 日以内に鳥取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、鳥取県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、鳥取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

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号		氏名			
生年月日	年 月 日	性別		電話番号	

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	
受けられる	(制度名ー ) (費用徴収の 有 ・ 無)
受けられない	

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は ( ) 内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

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

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1文字として、姓と名の間は1字あけてください。

鳥取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。
年 月 日
申請者 住所 _____
氏名 _____ 印

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

フリガナ		生年月日	年	月	日	性別	計算期間の始期及び終期	年	月	～	年	月
氏名												

国民健康保険資格情報

保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間
			1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員		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	金融機関コード	本店出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座管理番号
1. 窓口払い 2. 口座振込	1		信用金庫 信用組合				1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他		口座名義人	

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

〒689-0714	鳥取県東伯郡湯梨浜町大字龍島500番地 鳥取県後期高齢者医療広域連合 広域連合長 竹内 功 様	平成 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。	郵便番号	住所
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。	申請代表者 氏名	印
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。 高額介護合算療養費（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のみを丸で囲んで下さい。	電話番号	

	枚中		枚目
--	----	--	----

## 備考

1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

## 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下さい。
- (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に加入する医療保険（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下さい。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載して下さい。  
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下さい。  
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下さい。
  - 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、ご留意下さい。
- (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下さい。
- (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下さい（2以上の市町村の保険者番号を記載しないで下さい）。
- (2) 各医療保険（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（介護保険者の場合、先頭2桁を“99”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。

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
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より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1文字として、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

鳥取県後期高齢者医療広域連合長様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

様

鳥取県後期高齢者医療広域連合長

(公印省略)

### 後期高齢者医療給付の一時差止通知書

後期高齢者医療の給付につきまして、あなたが納付すべき後期高齢者医療保険料が納付されておきませんので、下記のとおり支払いを一時差止めます。  
差止事由に係る保険料を完納した場合は、一次差止している後期高齢者医療給付をお支払いしますので、後期高齢者医療保険料を直ちに納付して下さるようお願いいたします。

#### 記

1. 後期高齢者医療給付に係る給付

- 1) 被保険者番号
- 2) 被保険者氏名
- 3) 給付の種類
- 4) 給付の支給決定額
- 5) 上記のうち支払いの  
一時差止をする額

2. 一時差止をする理由

- 1) 根拠法令  
高齢者の医療の確保に関する法律第9 2条第1 項又は、  
高齢者の医療の確保に関する法律第9 2条第2 項
- 2) 一時差止の原因となる事実  
滞納保険料の総額 円  
納期限 年 月 日

3. 後期高齢者医療保険料を納付することができないことについて、高齢者の医療の確保に関する法律において準用される特別の事情がある場合又は特別の事情を有することとなった場合は、直ちに、「特別事情に関する届書」を提出してください。

この処分不服がある場合には、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、鳥取県の後期高齢者審査会に対して審査請求することができます。なお、この決定の取消の訴えは、審査請求の決裁を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても決裁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、決裁を経なくても提起できます。この訴えは、決裁の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、鳥取県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は鳥取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、決裁の日から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

鳥取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。

記

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			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
年 月			円				円	年 月 日
納付額合計			円	控除保険料合計			円	

滞納保険料控除後の保険給付費支給額(A-B)

この処分に不服のある場合には、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、鳥取県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求することができます。なお、この決定の取消の訴えは、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、裁決を経ないでも提起できます。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、鳥取県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、鳥取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。

◆相談窓口

〒  
住 所

電話番号

様

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 印

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		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

※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60日以内に、鳥取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、この決定の取消の訴えは、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、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、鳥取県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は鳥取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

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 印

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		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
変更前						
変更後						

※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60日以内に、鳥取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、この決定の取消の訴えは、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、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、鳥取県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は鳥取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徴収猶予申請書

申請者住所 .....  
 申請者氏名 ..... 印  
 被保険者との関係 .....

鳥取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 条の規定により、次のとおり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			
住 所			
被保険者番号		電話番号	

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


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 ..... 印  
 被保険者との関係 .....

鳥取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 19 条の規定により、次のとおり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			
住 所			
被保険者番号		電話番号	

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

.....
.....
.....
.....

様

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療保険料徴収猶予決定（却下）通知書

年 月 日付けで申請のあった 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）と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	
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、鳥取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、鳥取県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は鳥取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

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 印

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、鳥取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、鳥取県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は鳥取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

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 印

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、鳥取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、鳥取県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は鳥取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

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 印

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、次のとおり取消と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	
取消理由	

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、鳥取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、鳥取県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は鳥取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

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 印

## 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、鳥取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、鳥取県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は鳥取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

後期高齢者医療保険料減免・徴収猶予理由消滅申告書

被保険者番号		
被保険者住所		
被保険者氏名		
理由が消滅した内容	理由が消滅した時期	年 月 日ごろ
	理由が消滅した 具体的な状況	
<p>上記のとおり申告します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>鳥取県後期高齢者医療広域連合長 様</p>		

様

年分 後期高齢者医療簡易申告書

年 月 日提出

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 様

氏名	(生年月日) 年 月 日	職業	
		電話番号	
現住所	(世帯主の氏名及び続柄)		

①平成 年中（1月1日～12月31日）の収入の有無（該当を○で囲んでください）

なし（→ これで終わります）

あり（→ 下記の②以下に進んでください）

②年間の年金収入（該当に記入してください）

年金の種類	遺族年金・障害年金等の非課税の年金	その他（ ）
金額（年額）	円	円

③その他収入（該当に記入してください）

所得の種類	収入金額（A）	必要経費（B）	所得金額（A-B）	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			
専従者給与	円			給与収入額の内数
譲渡	円	円	円	下記④に記入して下さい
その他（ ）	円	円	円	

④譲渡所得に関する事項

資産の種類（○をつける）	左の資産取得年月日	譲渡した年月日	特別控除の特例等
土地建物等 その他			交換買換・収用・居住用財産 その他（ ）

この申告書は平成 年度後期高齢者医療保険料算定の基礎となります。  
(回答・問い合わせ先)

〒  
所在地  
電話番号

様式第42号

(表面)

第 号	徴 収 職 員 証
写真	住所
	氏名
	年 月 日生
	年月日発行
	鳥取県後期高齢者医療広域連合長 印

(縦5センチ、横8センチ)

(裏面)

<ol style="list-style-type: none"><li>1 本証は、一部負担金等の徴収金の徴収並びに徴収金に関して財産の差押えを行う場合には必ず携帯しなければならない。</li><li>2 本証は関係人の請求があったときは、いつでもこれを呈示しなければならない。</li><li>3 本証は他人に貸与し、又は譲渡してはならない。</li><li>4 本証の有効期間は、発行の日から1年とする。</li></ol>
--