

愛知県後期高齢者医療広域連合規則第12号

愛知県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する規則の一部を
改正する規則

愛知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年広
域連合規則第1号）の一部を次のように改正する。

様式第22号を次のように改める。

後期高齢者医療
食事療養差額支給申請書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号		個人番号	
被保険者番号		療養を受けた	被保険者氏名
公費負担者番号			
公費受給者番号			生年月日

診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関等	
入院日数	年 月 日から 年 月 日まで 日間 回
入院に際して受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額)	円
減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由	
発病又は負傷の理由	<input type="checkbox"/> : 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> : その他(自損事故・疾病等)

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○を付けてください。該当するものがない場合は()内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。

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							
口座名義人 (カタカナ)							

- 公金受取口座を利用します。
※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。
- ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

年 月 日

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____
連絡先 _____

被保険者以外が申請する場合及び被保険者以外の口座に振込を希望される場合は以下の欄にも記入してください。

(委任欄)

代理人(住所) _____ (氏名) _____
(連絡先) _____ (被保険者との関係) _____

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。(該当するものにレ点を付けてください。)

- この申請書における食事負担額差額の申請に関すること。 この申請に基づく食事負担額差額の受領に関すること。

被保険者(住所) _____ (氏名) _____

市区町村確認欄

受付		入力		確認	
----	--	----	--	----	--

広域連合確認欄

確認		訂正	
----	--	----	--

添付書類 確認書類
医療費の領収書 減額認定証

様式第25号を次のように改める。

後期高齢者医療
療養費等支給申請書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号		個人番号	
被保険者番号		療養 送 け を た へ	被保険者氏名
公費負担者番号			生年月日
公費受給者番号			年 月 日
診療年月	年 月	療養期間	入外
診療日数	日		年 月 日 から 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	<input type="checkbox"/> : 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> : その他(自損事故・疾病等)

療養(移送)に要した費用額		食 事 回 数	
審 査 認 定 額		食事療養に要した費用額	
一 部 負 担 金		食 事 標 準 負 担 額	
支 給 金 額			

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は()内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。
口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。

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							
口座名義人 (カタカナ)							

- 公金受取口座を利用します。
 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 公金受取口座を利用します。」
 にチェック(✓)してください。
 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

年 月 日

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者

住 所

氏 名

連絡先

被保険者以外が申請する場合及び被保険者以外の口座に振込を希望される場合は以下の欄にも記入してください。

(委任欄)

代 理 人(住所)

(氏名)

(連絡先)

(被保険者との関係)

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。(該当するものにレ点を付けてください。)

この申請書における療養費等の申請に関すること。

この申請に基づく療養費等の受領に関すること。

被保険者(住所)

(氏名)

市区町村確認欄

広域連合確認欄

受	入	確	
付	力	認	

確	訂	
認	正	

補装具の申請に必要な添付書類
医師の証明書 領収書 装着証明書

海外療養費の申請に必要な添付書類
診療明細書(翻訳文添付) 領収明細書
領収書 同意書 パスポート等の写し

自費診療分の申請に必要な添付書類
診療報酬明細書 領収書

移送費の申請に必要な添付書類
医師の意見書 移送に係る費用の領収書

様式第27号を次のように改める。

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号		個人番号	
氏名			
生年月日		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 受けられない	(制度名—) (費用徴収の 有 ・ 無)
発病又は負傷の理由	<input type="checkbox"/> : 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> : その他(自損事故・疾病等)

該当するものに○を付けてください。該当するものがない場合は()内に記入してください。網掛けの中は記入不要です。口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字空けてください。

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					
口座名義人 (カタカナ)					

公金受取口座を利用します。
 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 公金受取口座を利用します。」にチェック(✓)してください。
 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

上記のとおり申請します。

年 月 日

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____ 連絡先 _____

被保険者以外が申請する場合及び被保険者以外の口座に振込を希望される場合は以下の欄にも記入してください。

(委任欄)

代理人 (住所) _____ (氏名) _____

(連絡先) _____ (被保険者との関係) _____

私は上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。(該当するものの□にチェック(✓)してください。)

この申請書における高額療養費の申請に関すること。 この申請に基づく高額療養費の受領に関すること。

被保険者(住所) _____ (氏名) _____

市区町村確認欄

受付		入力		確認	
----	--	----	--	----	--

広域連合確認欄

確認		訂正	
----	--	----	--

様式第27号の2を次のように改める。

後期高齢者医療高額療養費 (外来年間合算) 支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	年度	申請区分	1 新規	2 変更	3 取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号	
申請形態	1. 計算期間末日以降申請 (期間中死亡・生保適用・海外移住者なし)		2. 計算期間末日以降申請 (期間中死亡者あり)		3. 計算期間末日以降申請 (期間中生保適用・海外移住者あり)			4. 死亡・海外移住等計算期間中申請
フリガナ	生年月日		生		個人番号			
氏名	国民健康保険資格情報		続柄		加入期間			
保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	1 世帯主 2 擬制世帯主 3 世帯員					
保険者番号	後期高齢者医療資格情報		広域連合名称		加入期間			
支給方法	振込口座 記入欄	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号		口座名義人 (フリガナ)	
				1 普通預金 2 当座預金 9 その他				
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する場合は、「国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック (✓) してください。 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する場合は、口座情報 (上記太枠部) の記載や通帳の写しの添付等は不要です。								
保険者名		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号				備考欄
1								
2								
3								
4								
5								

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

① 上記対象者について、高額療養費 (外来年間合算) の支給を申請します。

② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。
 高額療養費 (外来年間合算) の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。

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

郵便番号

申請者

氏名

電話番号

はい/いいえ

住所

様式第28号を次のように改める。

様式第28号の4を次のように改める。

(あて先)

様

後期高齢者医療高額介護合算自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ			
氏名			
生年月日			
自己負担額証明書整理番号			
保険者番号		証明対象年度	
		被保険者番号	
対象となる計算期間	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	/	
月分			
計			
年 月 日			
愛知県後期高齢者医療広域連合長 印			

【保険者連絡用】

--

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の日（次項において「施行日」という。）において現に提出され、又は交付されているこの規則による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この規則による改正後の様式によるものとみなす。
- 3 施行日において、現にある旧様式による作成された用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。