

改正後	改正前																																																												
<p style="text-align: center;">様式第10号 (規則第9条、第10条の2、第10条の4、第17条関係)</p> <p style="text-align: center;">後期高齢者医療資格確認書等 (再) 交付通知 申請書</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">被保険者番号</td> <td style="width:25%;"></td> <td style="width:25%;">個人番号</td> <td style="width:25%;"></td> </tr> <tr> <td>被保険者氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>(再) 交付 (通知) を希望する証の種類</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 資格に係る事実を記載した書面 </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 申請理由 <input type="checkbox"/> 上記の証を汚損したため。 <input type="checkbox"/> 上記の証を亡失したため。 <input type="checkbox"/> 上記の証が盗難にあったため。 <input type="checkbox"/> その他 () </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">愛知県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 _____ 氏 名 _____ 被保険者との続柄 _____ 電 話 () - _____</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">資格確認書等受領書</p> <p style="text-align: center;">本日、窓口にて <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療資格確認書 を受け取りました。 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">受領者氏名 _____</p> </div> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%; text-align: center;">記入者確認</td> <td>個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書 身体障害者手帳・その他()</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">届出指導</td> <td><input type="checkbox"/> 盗難以外の事由による再交付 <input type="checkbox"/> 警察への届出指導済み</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">受付担当者</td> <td>証処理 <input type="checkbox"/> 新証処理 交付 窓口 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 回収証有 → 回収入力 郵送 (年 月 日)</td> </tr> </table>	被保険者番号		個人番号		被保険者氏名				住 所				生年月日	年 月 日			(再) 交付 (通知) を希望する証の種類	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 資格に係る事実を記載した書面			申請理由 <input type="checkbox"/> 上記の証を汚損したため。 <input type="checkbox"/> 上記の証を亡失したため。 <input type="checkbox"/> 上記の証が盗難にあったため。 <input type="checkbox"/> その他 ()				記入者確認	個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書 身体障害者手帳・その他()	届出指導	<input type="checkbox"/> 盗難以外の事由による再交付 <input type="checkbox"/> 警察への届出指導済み	受付担当者	証処理 <input type="checkbox"/> 新証処理 交付 窓口 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 回収証有 → 回収入力 郵送 (年 月 日)	<p style="text-align: center;">様式第10号 (規則第9条、第10条の2、第10条の4、第17条関係)</p> <p style="text-align: center;">後期高齢者医療資格確認書等 (再) 交付通知 申請書</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">被保険者番号</td> <td style="width:25%;"></td> <td style="width:25%;">個人番号</td> <td style="width:25%;"></td> </tr> <tr> <td>被保険者氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>(再) 交付 (通知) を希望する証の種類</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 資格に係る事実を記載した書面 </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> 申請理由 <input type="checkbox"/> 上記の証を汚損したため。 <input type="checkbox"/> 上記の証を亡失したため。 <input type="checkbox"/> 上記の証が盗難にあったため。 <input type="checkbox"/> その他 () </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">愛知県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 _____ 氏 名 _____ 被保険者との続柄 _____ 電 話 () - _____</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">資格確認書受領書</p> <p style="text-align: center;">本日、窓口にて後期高齢者医療資格確認書を受け取りました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">受領者氏名 _____</p> </div> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%; text-align: center;">記入者確認</td> <td>個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書 身体障害者手帳・その他()</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">届出指導</td> <td><input type="checkbox"/> 盗難以外の事由による再交付 <input type="checkbox"/> 警察への届出指導済み</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">受付担当者</td> <td>証処理 <input type="checkbox"/> 新証処理 交付 窓口 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 回収証有 → 回収入力 郵送 (年 月 日)</td> </tr> </table>	被保険者番号		個人番号		被保険者氏名				住 所				生年月日	年 月 日			(再) 交付 (通知) を希望する証の種類	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 資格に係る事実を記載した書面			申請理由 <input type="checkbox"/> 上記の証を汚損したため。 <input type="checkbox"/> 上記の証を亡失したため。 <input type="checkbox"/> 上記の証が盗難にあったため。 <input type="checkbox"/> その他 ()				記入者確認	個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書 身体障害者手帳・その他()	届出指導	<input type="checkbox"/> 盗難以外の事由による再交付 <input type="checkbox"/> 警察への届出指導済み	受付担当者	証処理 <input type="checkbox"/> 新証処理 交付 窓口 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 回収証有 → 回収入力 郵送 (年 月 日)
被保険者番号		個人番号																																																											
被保険者氏名																																																													
住 所																																																													
生年月日	年 月 日																																																												
(再) 交付 (通知) を希望する証の種類	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 資格に係る事実を記載した書面																																																												
申請理由 <input type="checkbox"/> 上記の証を汚損したため。 <input type="checkbox"/> 上記の証を亡失したため。 <input type="checkbox"/> 上記の証が盗難にあったため。 <input type="checkbox"/> その他 ()																																																													
記入者確認	個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書 身体障害者手帳・その他()																																																												
届出指導	<input type="checkbox"/> 盗難以外の事由による再交付 <input type="checkbox"/> 警察への届出指導済み																																																												
受付担当者	証処理 <input type="checkbox"/> 新証処理 交付 窓口 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 回収証有 → 回収入力 郵送 (年 月 日)																																																												
被保険者番号		個人番号																																																											
被保険者氏名																																																													
住 所																																																													
生年月日	年 月 日																																																												
(再) 交付 (通知) を希望する証の種類	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 資格に係る事実を記載した書面																																																												
申請理由 <input type="checkbox"/> 上記の証を汚損したため。 <input type="checkbox"/> 上記の証を亡失したため。 <input type="checkbox"/> 上記の証が盗難にあったため。 <input type="checkbox"/> その他 ()																																																													
記入者確認	個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書 身体障害者手帳・その他()																																																												
届出指導	<input type="checkbox"/> 盗難以外の事由による再交付 <input type="checkbox"/> 警察への届出指導済み																																																												
受付担当者	証処理 <input type="checkbox"/> 新証処理 交付 窓口 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 回収証有 → 回収入力 郵送 (年 月 日)																																																												

改正後

様式第20号（規則第14条関係）

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者氏名		本人との関係	
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場（ ） -		

被 保 険 者	被保険者番号	
	個人番号	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
疾病の名称 (※書類添付)	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固因子障害の一部 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	

愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿
 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

特定疾病療養受療証受領書

本日、窓口にて特定疾病療養受療証を受け取りました。

年 月 日
 受領者氏名

<input type="checkbox"/> 認定(年 月 日) ⇒証交付 <input type="checkbox"/> 却下(年 月 日) ⇒却下通知送付 <input type="checkbox"/> 送付 <input type="checkbox"/> 郵送日・交付日(年 月 日)	受付者	入力
		日付
		担当

改正前

様式第20号（規則第14条関係）

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者氏名		本人との関係	
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場（ ） -		

被 保 険 者	被保険者番号	
	個人番号	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
疾病の名称 (※書類添付)	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固因子障害の一部 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	

愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿
 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

<input type="checkbox"/> 認定(年 月 日) ⇒証交付 <input type="checkbox"/> 却下(年 月 日) ⇒却下通知送付 <input type="checkbox"/> 送付 <input type="checkbox"/> 郵送日・交付日(年 月 日)	受付者	入力
		日付
		担当

改正後

様式第29号(規則第23条関係)

後 期 高 齢 者 医 療
葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号

被保険者番号

支給金額

死亡者の氏名			
死亡者の生年月日	年	月	日
死亡年月日	年	月	日
死亡の場所			
死亡の原因	<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)		
(喪祭執行者)	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。

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				
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字あけてください。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 _____
死亡者との続柄 _____
連絡先 _____

葬祭執行者以外が申請する場合及び葬祭執行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をしてください。

(委任欄)

代理人(住所) _____ (氏名) _____
(連絡先) _____ (葬祭執行者との関係) _____

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葬祭費の申請に関すること。 この申請に基づく葬祭費の受領に関すること。

葬祭執行者(住所) _____ (氏名) _____

市区町村確認欄			広域連合確認欄			確認書類 会葬礼状 葬儀施行証明書 領収書 その他 ()
受	入	確	確	訂		
		認	認	正		

改正前

様式第29号(規則第23条関係)

後 期 高 齢 者 医 療
葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号

被保険者番号

支給金額

死亡者の氏名			
死亡者の生年月日	年	月	日
死亡年月日	年	月	日
死亡の場所			
死亡の原因	<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)		
(喪祭執行者)	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。

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				
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字あけてください。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 _____
死亡者との続柄 _____
連絡先 _____

葬祭執行者以外が申請する場合及び葬祭執行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をしてください。

(委任欄)

代理人(住所) _____ (氏名) _____
(連絡先) _____ (葬祭執行者との関係) _____

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葬祭費の申請に関すること。 この申請に基づく葬祭費の受領に関すること。

葬祭執行者(住所) _____ (氏名) _____

市区町村確認欄			広域連合確認欄			確認書類 会葬礼状 火葬許可証 死亡診断書 領収書
受	入	確	確	訂		
		認	認	正		

改正後

様式第 42 号 (条例第 17 条関係)

年 月 日

(宛先)

様

愛知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 (医療分+子ども分※)									円

※ 「子ども・子育て支援納付金分」を「子ども分」と表記しています。

保険料算定の基礎

区分	①賦課のもととなる所得金額 (円)	②所得割率 (%)	③所得割額 (円) ①×② (12か月分)	④均等割額 (円) (12か月分)	⑤算出額 (円) ③+④	⑥限度超過額 (円)
医療分						
子ども分						

区分	⑦所得割軽減額 (円) (12か月分)	均等割軽減割合	⑧均等割軽減額 (円) (12か月分)	⑨年間保険料額 (円) ⑤-⑧-⑦-⑧	月数	⑩月割減額 (円)	⑪保険料額 (円) ⑨+⑩-⑩-⑩
医療分							
子ども分							

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被保険者については、後期高齢者医療制度に加入した日の属する月から2年を経過する月までのうち、本年度分の保険料算定の基礎が、こちらに表示されます。

区分	⑪均等割額 (円) (12か月分)	均等割軽減割合	⑫均等割軽減額 (円) (12か月分)	⑬年保険料額 (円) ⑪-⑫	月数	⑭月割減額 (円)
医療分						
子ども分						

※翌年度分の仮徴収額を次のとおり決定しましたので通知します。

本年度2月特別徴収保険料額		仮徴収額
	× 3	

- * 賦課の根拠
- * 保険料算出方法
- * 低所得者に対する軽減
- * 被用者保険の被扶養者であった被保険者に対する軽減
- * 被用者保険の被扶養者であった方について
- * 審査請求及び取消訴訟

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、愛知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、愛知県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、愛知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

備考

- 1 必要があるときは所要の変更を加えることができる。
- 2 別途被保険者に通知することにより、翌年度の仮徴収額の決定欄を省略することができる。

改正前

様式第 42 号 (条例第 17 条関係)

年 月 日

(宛先)

様

愛知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 (円)	②所得割率 (%)	③所得割額 (円) ①×② (12か月分)	④均等割額 (円) (12か月分)	⑤算出額 (円) ③+④	⑥限度超過額 (円)

⑦所得割軽減額 (円) (12か月分)	均等割軽減割合	⑧均等割軽減額 (円) (12か月分)	⑨年間保険料額 (円) ⑤-⑧-⑦-⑧	月数	⑩月割減額 (円)	⑪保険料額 (円) ⑨+⑩-⑩-⑩

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被保険者については、後期高齢者医療制度に加入した日の属する月から2年を経過する月までのうち、本年度分の保険料算定の基礎が、こちらに表示されます。

⑪均等割額 (円) (12か月分)	均等割軽減割合	⑫均等割軽減額 (円) (12か月分)	⑬年保険料額 (円) ⑪-⑫	月数	⑭月割減額

※翌年度分の仮徴収額を次のとおり決定しましたので通知します。

本年度2月特別徴収保険料額		仮徴収額
	× 3	

- * 賦課の根拠
- * 保険料算出方法
- * 低所得者に対する軽減
- * 被用者保険の被扶養者であった被保険者に対する軽減
- * 被用者保険の被扶養者であった方について
- * 審査請求及び取消訴訟

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、愛知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、愛知県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、愛知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

備考

- 1 必要があるときは所要の変更を加えることができる。
- 2 別途被保険者に通知することにより、翌年度の仮徴収額の決定欄を省略することができる。

改正後

改正前

様式第 43 号(条例第 17 条関係)

様式第 43 号(条例第 17 条関係)

(宛先)

(宛先)

様

様

愛知県後期高齢者医療広域連合長

愛知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

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。

※ 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(医療分+子ども分※)									円

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

※「子ども・子育て支援納付金分」を「子ども分」と表記しています。

保険料算定の基礎

保険料算定の基礎

区分	①賦課のもととなる所得金額(円)	②所得割率(%)	③所得割額(円) ①×②(12か月分)	④均等割額(円) (12か月分)	⑤算出額(円) ③+④	⑥限度超過額(円)
変更前	医療分					
変更前	子ども分					
変更後	医療分					
変更後	子ども分					

区分	⑦所得割軽減額(円) (12か月分)	均等割軽減割合	⑧均等割軽減額(円) (12か月分)	⑨年間保険料額(円) ⑤-⑥-⑦-⑧	月数	⑩月割減額(円)	⑪保険料額(円) ⑨+⑩-⑪-⑫
変更前	医療分						
変更前	子ども分						
変更後	医療分						
変更後	子ども分						

	①賦課のもととなる所得金額(円)	②所得割率(%)	③所得割額(円) ①×②(12か月分)	④均等割額(円) (12か月分)	⑤算出額(円) ③+④	⑥限度超過額(円)
変更前						
変更後						

	⑦所得割軽減額(円) (12か月分)	均等割軽減割合	⑧均等割軽減額(円) (12か月分)	⑨年間保険料額(円) ⑤-⑥-⑦-⑧	月数	⑩月割減額(円)	⑪保険料額(円) ⑨+⑩-⑪-⑫
変更前							
変更後							

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被保険者については、後期高齢者医療制度に加入した日の属する月から2年を経過する月までのうち、本年度分の保険料算定の基礎が、こちらに表示されます。

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被保険者については、後期高齢者医療制度に加入した日の属する月から2年を経過する月までのうち、本年度分の保険料算定の基礎が、こちらに表示されます。

区分	⑬均等割額(円) (12か月分)	均等割軽減割合	⑭均等割軽減額(円) (12か月分)	⑮年保険料額(円) ⑪-⑭	月数	⑯月割減額
変更前	医療分					
変更前	子ども分					
変更後	医療分					
変更後	子ども分					

	⑬均等割額(円) (12か月分)	均等割軽減割合	⑭均等割軽減額(円) (12か月分)	⑮年保険料額(円) ⑪-⑭	月数	⑯月割減額
変更前						
変更後						

※翌年度分の仮徴収額を次のとおり変更しましたので通知します。

※翌年度分の仮徴収額を次のとおり変更しましたので通知します。

変更前仮徴収額	円	変更後仮徴収額	円
---------	---	---------	---

変更前仮徴収額	円	変更後仮徴収額	円
---------	---	---------	---

- * 賦課の根拠
- * 保険料算出方法
- * 低所得者に対する軽減
- * 被用者保険の被扶養者であった被保険者に対する軽減
- * 被用者保険の被扶養者であった方について
- * 審査請求及び取消訴訟

- * 賦課の根拠
- * 保険料算出方法
- * 低所得者に対する軽減
- * 被用者保険の被扶養者であった被保険者に対する軽減
- * 被用者保険の被扶養者であった方について
- * 審査請求及び取消訴訟

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3か月以内に、愛知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、愛知県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、愛知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。

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3か月以内に、愛知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、愛知県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、愛知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

備考

- 1 必要があるときは所要の変更を加えることができる。
- 2 別途被保険者に通知することにより、翌年度の仮徴収額の決定欄を省略することができる。

- 1 必要があるときは所要の変更を加えることができる。
- 2 別途被保険者に通知することにより、翌年度の仮徴収額の決定欄を省略することができる。

改正後

改正前

様式第49号(規則第34条関係)

年 月 日

(宛先)

様

愛知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。
以下の表では、「子ども・子育て支援納付金分」を「子ども分」と表記しています。

氏 名			年 度 区 分	年度	
決定年月日	年 月 日		被 保 険 者 番 号	円	
①減免前保険料額	円	②決定減免額	円	③減免後保険料額 (① - ②)	円
医療分	円	医療分	円	医療分	円
子ども分	円	子ども分	円	子ども分	円

減 免 理 由

審査請求及び取消訴訟

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箇月以内に、愛知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箇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箇月以内に、愛知県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、愛知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

様式第49号(規則第34条関係)

年 月 日

(宛先)

様

愛知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	
決定年月日	年 月 日		被 保 険 者 番 号	円	
減免前保険料額	円	決定減免額	円	減免後保険料額	円

減 免 理 由

審査請求及び取消訴訟

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箇月以内に、愛知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箇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箇月以内に、愛知県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、愛知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

改正後

様式第50号(規則第34条関係)

年 月 日

(宛先)

様

愛知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
決 定 年 月 日	年 月 日	被 保 険 者 番 号	
減 免 却 下 理 由			

* 審査請求及び取消訴訟

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3箇月以内に、愛知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箇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箇月以内に、愛知県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、愛知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

改正前

様式第50号(規則第34条関係)

年 月 日

(宛先)

様

愛知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			

* 審査請求及び取消訴訟

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3箇月以内に、愛知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箇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箇月以内に、愛知県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、愛知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

改正後

様式第51号(規則第36条関係)

年 月 日

(宛先)

様

愛知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。

以下の表では、「子ども・子育て支援納付金分」を「子ども分」と表記しています。

氏 名	年 度 区 分		年 度
決 定 年 月 日	年 月 日		被 保 険 者 番 号
①減免前保険料額	円	②決定減免額	円
		③減免後保険料額	円
		(① - ②)	
医療分	円	医療分	円
子ども分	円	子ども分	円

減 免 理 由

* 審査請求及び取消訴訟

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箇月以内に、愛知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箇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箇月以内に、愛知県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、愛知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

改正前

様式第51号(規則第36条関係)

年 月 日

(宛先)

様

愛知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
減免前保険料額	円		減免後保険料額
			円

減 免 取 消 理 由

* 審査請求及び取消訴訟

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箇月以内に、愛知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箇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箇月以内に、愛知県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、愛知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

改正後

様式第51号の2(規則第36条関係)

年 月 日

(宛先)

様

愛知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変更決定通知書

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、次のとおり変更としたので通知します。

以下の表では、「子ども・子育て支援納付金分」を「子ども分」と表記しています。

氏 名		年 度 区 分		年 度
決 定 年 月 日		年 月 日		被 保 険 者 番 号
変更前	①減免前保険料額	円	②決定減免額	円
	医療分	円	医療分	円
	子ども分	円	子ども分	円
		③減免後保険料額 (① - ②)		円
		医療分		円
		子ども分		円
変更後	④減免前保険料額	円	⑤決定減免額	円
	医療分	円	医療分	円
	子ども分	円	子ども分	円
		⑥減免後保険料額 (④ - ⑤)		円
		医療分		円
		子ども分		円

変 更 理 由

*審査請求及び取消訴訟

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箇月以内に、愛知県後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。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箇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箇月以内に愛知県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、愛知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

改正前

様式第51号の2(規則第36条関係)

年 月 日

(宛先)

様

愛知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変更決定通知書

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、次のとおり変更としたので通知します。

氏 名	年 度 区 分	年 度
決 定 年 月 日	被 保 険 者 番 号	
	減 免 前 保 険 料 額	決 定 減 免 額
変 更 前		
変 更 後		

変 更 理 由

*審査請求及び取消訴訟

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箇月以内に、愛知県後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。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箇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箇月以内に愛知県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、愛知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

改正後

様式第52号(規則第37条関係)

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)		

◎所得の無かった方の記入欄

1 非課税年金を受給していた。 遺族年金・障害年金・その他()
2 海外において課税されていた。 居住国:
3 病気療養・無職・被扶養者・その他()

◎所得のあった方の記入欄

所得の種類	①収入金額	②必要経費 (専従者給与額・ 控除額を含む)	③所得金額(①-②)	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	円		※特定支出額がある場 合は必要経費に記入
専従者 給与	円			※給与収入額の内数
年 金	円		円	※遺族年金・障害年金 等非課税年金を除く
譲 渡	円	円	円	
そ の 他	円	円	円	
	円	円	円	
合計所得金額	円	円	円	所得金額調整控除額 円

改正前

様式第52号(規則第37条関係)

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)		

◎所得の無かった方の記入欄

1 非課税年金を受給していた。 遺族年金・障害年金・その他()
2 海外において課税されていた。 居住国:
3 病気療養・無職・被扶養者・その他()

◎所得のあった方の記入欄

所得の種類	①収入金額	②必要経費 (専従者給与額・ 控除額を含む)	③所得金額(①-②)	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	円		※特定支出額がある場 合は必要経費に記入
専従者 給与	円			※給与収入額の内数
年 金	円		円	※遺族年金・障害年金 等非課税年金を除く
譲 渡	円	円	円	
そ の 他	円	円	円	
	円	円	円	
合計所得金額 ^{※1}	円	円	円	所得金額調整控除額 ^{※1} 円

※1 令和2年度以前は記入不要です。