

後期高齢者医療 送付先

変更  
変更解除

申請書

被保険者番号	
被保険者氏名	
生 年 月 日	年 月 日
現 住 所	〒 ー
送付先住所	<input type="checkbox"/> 送付先変更を解除し、現住所に戻す。 〒 ー
方 書	
郵便物受取人	
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場 （ ） ー
申 請 理 由	

上記のとおり送付先の変更を申請します。  
送付先変更を申請するにあたり、以下のことを誓約します。

1

申請内容に変更が生じた場合、すみやかに届出をします。

2

送付先変更後の住所に郵便物が届かなくなった、又は連絡がとれなくなった場合は、広域連合が適宜、送付先変更を解除することを了承します。

3

この申請に関するすべての責は申請者により負います。

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

申請者  
(記入者)

住 所

氏 名

被保険者との続柄

電 話

※処理欄

記入者確認	個人番号カード・運転免許証・日本国旅券(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( )				
	健康保険被保険者証・健康保険資格確認書・年金手帳(基礎年金番号通知書)・年金証書 介護保険被保険者証・生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード 預金通帳・クレジットカード・社員証・その他( )				
受付担当者		入力日		解除入力日	

# 委任状

年 月 日

委任者	住所				
	氏名		生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日

下記の者に、つぎの手続き等を委任します。

【委任事項】（該当するものに☑、もしくは追加記入）

- ☐ 後期高齢者医療資格確認書等の受領
- ☐ 後期高齢者医療資格確認書等の交付申請・再交付等にかかる手続きについて
- ☐ 後期高齢者医療任意記載事項併記申請にかかる手続きについて
- ☐ 後期高齢者医療特定疾病認定申請にかかる手続きについて
- ☐ 後期高齢者医療保険料免除申請にかかる手続きについて
- ☐ 後期高齢者医療送付先変更等にかかる手続きについて
- ☐ 後期高齢者医療に関する個人番号カードの健康保険証利用登録解除にかかる手続きについて
- ☐

受任者	住所				
	氏名		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	委任者との関係	親族（続柄）・担当民生委員・近隣協力者・友人 施設職員・ケアマネージャー・その他（）			

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

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（）
	健康保険資格確認書・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード 社員証・その他（）

後期高齢者医療資格確認書受領書

本日、窓口にて以下の後期高齢者医療資格確認書を受け取りました。
年 月 日
受領者氏名

被保険者番号		被保険者氏名	
住 所			
生年月日	年 月 日		
受領した資格確認書の種類	<input type="checkbox"/> 年次更新にかかる資格確認書 <input type="checkbox"/> 記載内容の変更にかかる資格確認書 <input type="checkbox"/>		

※処理欄

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( )		
	健康保険被保険者証・健康保険資格確認書・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード 社員証・その他( )		
委任状	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし	交付担当者	

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

届出者氏名		被保険者との関係	
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場（ ） ー		

新規（変更・喪失）			
被保険者番号		個人番号	
フリガナ			
性別	男・女		
氏名	生年月日		
住所	年 月 日		
マイナンバーカード（※）の健康保険証利用登録の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
申請区分	申請事由		
新規	<input type="checkbox"/> 転入（証明添付）	<input type="checkbox"/> 年齢到達	<input type="checkbox"/> その他取得（ ）
	<input type="checkbox"/> 適用除外解除（住特）	<input type="checkbox"/> 生保廃止（連絡票添付）	<input type="checkbox"/> 帰化（資格取得）
	<input type="checkbox"/> 入国	<input type="checkbox"/> 在留期間更新	<input type="checkbox"/> 在留資格変更
日本の国籍を有しない者	在留期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 在留資格 <input type="checkbox"/> 特定活動（ ） <input type="checkbox"/> 特定活動以外		
変更	<input type="checkbox"/> 転居	<input type="checkbox"/> 住所表示・氏名変更・個人番号変更	<input type="checkbox"/> 帰化（資格変更）
	<input type="checkbox"/> 住所地特例適用	<input type="checkbox"/> 住所地特例変更	<input type="checkbox"/> 住所地特例解除
	<input type="checkbox"/> 住所地特例適用取下	<input type="checkbox"/> 生保回避（証明添付）	<input type="checkbox"/> その他変更（ ）
喪失	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 国籍喪失	<input type="checkbox"/> 失踪
	<input type="checkbox"/> 転出（証明交付）	<input type="checkbox"/> 出国	<input type="checkbox"/> その他喪失
	<input type="checkbox"/> 適用除外（住特）	<input type="checkbox"/> 在留資格変更	・ 障害認定不該当
障害認定申請	<input type="checkbox"/> 新規認定（書類添付）	<input type="checkbox"/> 継続認定（書類添付）	・ 上記以外（ ）
	<input type="checkbox"/> 転入前認定（証明書添付）	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
所有手帳及び証書種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 療育（愛護）手帳	その他の年金証書等
	<input type="checkbox"/> 国民年金証書	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（有効期限： 年 月 日 ～ 年 月 日）		
異動年月日	年 月 日		

※ マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（5年毎に更新が必要）が有効であるものに限りま

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申請・届出いたします。

☐ 本人申請（届出）

年 月 日

申請者 氏名

☐ 申請（届出）省略

別添公簿確認により、届出省略（公簿の写しを添付のこと。）

※処理欄								
<input type="radio"/> 共通								
<input type="checkbox"/> 届出人本人確認（ 無 ・ 有 → ）								
<input type="checkbox"/> 保険料に関する説明（ 期割 ・ 徴収方法 ・ 前住地との切分 ）								
<input type="checkbox"/> 異動届の写し・連絡票・各種証明等の根拠書類の添付								
<input type="checkbox"/> 資格確認書・資格情報のお知らせに関する説明								
<input type="radio"/> 域外転入								
<input type="checkbox"/> 負担区分等証明（ 無 → 要照会 ・ 有 → 要入力 ）								
<input type="checkbox"/> 障害・特疾証明（ 無 → 要照会 ・ 有 → 要入力 ）								
<input type="checkbox"/> 適用除外の確認（ 無 ・ 生保適用 ・ 住特適用 ・ 在留期間 → 要入力 ）								
<input type="checkbox"/> 負担区分の説明・基準収入額適用申請勧奨								
<input type="checkbox"/> 証引渡し時期と方法の説明（ 即時交付 ・ 後日交付 ） <input type="checkbox"/> 前住地への所得照会								
<input type="checkbox"/> 他広域住所地特例対象者でないことの確認								
<input type="radio"/> 域内転入・市町村内異動・世帯変更								
<input type="checkbox"/> 負担区分の説明・基準収入額適用申請勧奨（既存世帯員を含む）								
<input type="checkbox"/> 証引渡し時期と方法の説明（ 即時交付 ・ 後日交付 ）								
<input type="checkbox"/> 旧証の回収（ 「手続中」押印、案内文添付 ・ 回収 → 要入力 ）								
<input type="radio"/> 域内転出								
<input type="checkbox"/> 負担区分の説明・基準収入額適用申請勧奨（世帯に残る被保険者）								
<input type="checkbox"/> 旧証の処理（ 「手続中」押印、案内文添付 ・ 回収 → 要入力 ）								
<input type="radio"/> 域外転出								
<input type="checkbox"/> 住所地特例の確認（ 一般住所 ・ 特例適用 → 要入力 ）								
<input type="checkbox"/> 証明の交付（ 負担区分 ・ 障害認定 ・ 特定疾病 ）								
<input type="checkbox"/> 旧証の回収（ 「手続中」押印、案内文添付 ・ 回収 → 要入力 ）								
<input type="checkbox"/> 負担区分説明・基準収入額適用申請（世帯に残る被保険者）								
<input type="radio"/> 死亡								
<input type="checkbox"/> 証回収（ 要入力 ） <input type="checkbox"/> 葬祭費の案内								
<input type="checkbox"/> 代理人口座確認 <input type="checkbox"/> 相続人への給付説明								
受付者	住基連携日	住基連携者	入力日	入力者	証交付日	証処理	証回収	前住地照会発送日
					月 日 窓口・郵送	月 日 手続中	月 日 回収→入力	負担区分照会 月 日 障害認定照会 月 日 特疾認定照会 月 日

資格確認書受領書

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。

年 月 日

受領者氏名

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）

後期高齢者医療資格確認書等再  
交付通知 申請書

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		
再交付を希望する 証の種類	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
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。			

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

被保険者  
との続柄

電 話 （ ） ー

資格確認書受領書

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。

年 月 日

受領者氏名

※処理欄

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（ ）				
	健康保険被保険者証・健康保険資格確認書・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード 社員証・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 <input type="checkbox"/> 回収証有 → 回収入力	交 付	窓口（ 年 月 日） 郵送（ 年 月 日）

後期高齢者医療基準収入額適用申請書

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

住所			
電話番号	自宅・携帯・職場（ ） —		

被保険者番号				
個人番号				
フリガナ				
氏名				
生年月日	年 月 日	年 月 日	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後期高齢者医療の被保険者の方、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、世帯に本人以外の後期高齢者医療の被保険者の方がいない場合であって、かつ、70歳から74歳までの方が世帯内にいる場合には、70歳から74歳まで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、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、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。

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

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（                      ）                      ー		

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

<div>認定</div> <div><input type="checkbox"/> 認 定（    年    月    日 ）⇒証交付</div> <div><input type="checkbox"/> 却 下（    年    月    日 ）⇒却下通知送付</div> <div>送付</div> <div><input type="checkbox"/> 郵送日・交付日（    年    月    日 ）</div>	受 付 者	入 力
		日付



後期高齢者医療の特定疾病認定申請に係る医師の意見書

認定対象者の住所			
認定対象者の氏名			
認定対象者の生年月日		明治 大正 昭和	年 月 日 男 ・ 女
疾 病 名 ※ <input checked="" type="checkbox"/> により選択		<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第Ⅷ因子障害または第Ⅸ因子障害 <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（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に限る。）	
医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。  年 月 日  医療機関の名称  所在地  医師名		

後期高齢者医療資格確認書交付・任意記載事項併記申請書兼入院日数届書

届出者氏名		被保険者との関係	
住所	(〒 - )		
連絡先	自宅・携帯・職場 ( ) -		

被保険者番号		個人番号												
フリガナ			生年 月日	年 月 日										
被保険者氏名														
住所	<input type="checkbox"/> 届出者の住所に同じ (〒 - )													

申請理由  該当するものに☑してください	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない  <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予定である  <input type="checkbox"/> 介助者等の第三者が被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である  <input type="checkbox"/> 既に資格確認書の交付を受けているが、任意記載事項についても記載したい  <input type="checkbox"/> その他 ※マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができない事情を具体的に記載ください ( )  ※マイナンバーカードを取得していない方、取得しているが保険証利用登録を行っていない方には、申請によらず資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。
任意記載事項の記載の希望	任意記載事項の記載を希望する（希望するもの全てに☑してください）  <input type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分 (長期入院： <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ) ※長期入院該当者の方は、裏面の入院した医療機関等の欄を記入してください  <input type="checkbox"/> 特定疾病区分  <input type="checkbox"/> 任意記載事項の記載を希望しない  ※任意記載事項を記載することで、例えば、同一医療機関等において、1箇月につき定められた自己負担限度額の範囲内で療養の給付を受けることができます。  ※「自己負担限度額等の適用区分」とは、自己負担限度額の適用区分又は食事療養標準負担額若しくは生活療養標準負担額の減額の適用区分をいいます。  ※「特定疾病区分」とは、厚生労働大臣が定める特定疾病（人工腎臓を実施する慢性腎不全など）の認定を受けた場合の認定を受けた特定疾病を指す区分（記号で表記）をいいます。

※ この欄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		

愛知県後期高齢者医療広域連合長    様

※該当する項目を☑としてください。

☐ １

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療  
資格確認書の交付  
任意記載事項併記

を申請します。

☐ ２

上記のとおり、関係書類を添えて、入院日数届書を提出します。

年      月      日

申請者 氏名

資格確認書受領書

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。

年      月      日

受領者氏名

<div>認定区分</div> <div><input type="checkbox"/>低Ⅰ（非課税）    <input type="checkbox"/>低Ⅰ（老福）    <input type="checkbox"/>低Ⅰ（老福・経過）    <input type="checkbox"/>低Ⅰ（保護） <input type="checkbox"/>低Ⅱ（非課税）    <input type="checkbox"/>低Ⅱ（経過）    <input type="checkbox"/>低Ⅱ（保護） <input type="checkbox"/>一般Ⅰ            <input type="checkbox"/>一般Ⅱ            <input type="checkbox"/>現役Ⅰ            <input type="checkbox"/>現役Ⅱ            <input type="checkbox"/>現役Ⅲ</div> <div>送付</div> <div><input type="checkbox"/> 郵送日・交付日（      年      月      日）</div>	受   付   者	入   力
		日付
		担当

個人番号カードの健康保険証利用登録の解除申請書

愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿

令和 年 月 日

申請者氏名		被保険者 との関係	
住所	(〒 - )		
連絡先	自宅・携帯・職場 ( ) -		

解除 対 象 者	被保険者番号			
	フリガナ			
	被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者の氏名に同じ	生年 月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者の住所に同じ (〒 - )		

個人番号カードの健康保険証利用登録の解除について	<input type="checkbox"/> 個人番号カードの健康保険証利用登録の解除を申請します。  ※利用登録を解除すると、個人番号カードによりオンライン資格確認を行うことはできなくなります。 ※利用登録の解除を申請した方には、保険者から資格確認書を交付します。解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書の持参が必要です。 ※利用登録解除後、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面に反映されるまで、時間がかかる場合があります。  署名： _____
--------------------------	---

(解除を希望する理由)
※ 個人番号カードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータに基づいたよりよい医療を受けることができます。 ※ 個人番号カードの健康保険証利用登録により、ご本人の医療情報の漏洩等セキュリティ上のリスクが生じることはありません。 ※ なお、健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続を行うことは可能です。健康保険証の利用登録は、マイナポータルやセブン銀行 ATM のほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。

(注) 解除申請後から解除がなされるまでの間（１～２か月程度）に、別の医療保険者等に異動した場合は、異動後の医療保険者等に対し、後期高齢者医療広域連合に対して解除申請を行った旨を申し出るとともに、資格確認書の申請を行うようにしてください。



年 月 日

## 後期高齢者医療保険料減免申請書

愛知県後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者住所 .....

申請者氏名 .....

被保険者との関係 .....

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 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


被用者保険の被扶養者であった旨の届出書

今回資格確認書等が 届いた方	住 所	〒 -				
	フリガナ					
	氏 名					
	生 年 月 日	明治・大正	年	月	日	電 話 番 号
		昭和				

後期高齢者医療制度の被保険者となる前日までの保険は下記のとおり、被用者保険の被扶養者です。

(扶養している方) 被保険者	住 所	1. 上記に同じ					
	フリガナ						
	氏 名						
	記 号			番 号			
保 険 者 名							
保 険 者 番 号							

資格確認書等の写し（別添可）

コピー貼付欄

被扶養者確認申出書

年 月 日

(特例措置対象者) 後期高齢者医療制度	フリガナ			
	氏名			
	住所			
	生年月日	昭和・大正 明治	年	月 日
	被保険者 番号		電話番号	

後期高齢者医療制度の被保険者となる前日までの保険は、下記の被用者保険の被扶養者でした。

扶養に入っていた時の保険内容	フリガナ			
	氏名 (※) (扶養していた方)			
	住所 (扶養していた方)	1. 上記に同じ		
	事業所名	TEL (       )       —		
	保険者名 (※)	健康保険組合    ・    年金事務所		
	保険者番号 (※)			
記号番号 (※)				

上記、保険の扶養から抜けた（資格を喪失した）日 (※)

年 月 日

(※) は必須項目です

備 考
-----

市区町村記入欄

市町村 保険者	担当者名	
	担当者名	連絡先

広域連合記入欄

確 認	入 力



# 公示送達対象者一覧

年 月分

	被保険者 番号	住 所	氏 名	年度	通知書種類
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

## 公示送達手続調査票

年 月 日

被保険者名			
被保険者番号		返戻日	年 月 日
返戻された通知書名 (送達すべき書類)			

### 1. 住基情報確認

☐登録されている      ☐登録されていない

### 2. 他部署への返戻状況の確認

--

### 3. 電話、近隣住民への確認

--

### 4. その他

--

市区町村名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

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		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	(制度名一 ) (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。  
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 ( )
口座番号等 左 詰 記 載 し て ください							
口座名義人 (カタカナ)							

☐ 公金受取口座を利用します。(公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。)  
※ 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。  
※ 申請時に確認した振込先口座に継続して振り込みますので、公金受取口座を変更しても振込先口座は変更されません。  
そのため、振込先口座を変更する場合はあらためて変更申請が必要です。

愛知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 \_\_\_\_\_ 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下さい。

(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。)

☐ この申請書の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) \_\_\_\_\_ (連絡先) \_\_\_\_\_

市区町村確認欄

受 付		入 力		確 認	
-----	--	-----	--	-----	--

広域連合確認欄

確 認		訂 正	
-----	--	-----	--

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		年		月		日		生		個人番号		年		月		年		月	
氏名		1.明治 2.大正 3.昭和										計算期間の始期及び終期									

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					

支払方法		振込口座 記入欄		金融機関コード		銀行 信用組合		店 支店 出張所		種目		口座番号		口座名義人 (フリガナ)	
2.口座振込										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。 (公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。)												<input type="checkbox"/> 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。 ※ 申請時に確認した振込先口座に継続して振り込みますので、公金受取口座を変更しても振込先口座は変更されません。 ※ そのため、振込先口座を変更する場合はあらかじめ変更申請が必要です。											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

保険者 加入歴																					
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

〒461-0001		愛知県名古屋市長区泉1-6-5		国保会館北館3階		愛知県後期高齢者医療広域連合長 様	
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。		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			
				電話番号			

※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。 はい/いいえ

※本人口座以外の口座に振込を希望される場合は、裏面についても記入してください。

本人口座以外の口座に振込を希望される場合は、以下の欄の記入をしてください。

(委任欄)

私は \_\_\_\_\_ を代理人と定め、次の権限を委任します。

☐ この申請書の高額療養費(外来年間合算)の申請に関すること。

☐ この申請に基づく高額療養費(外来年間合算)の受領に関すること。

被保険者

代理人 (住所)

氏名

電話番号

被保険者との関係

市町村確認欄

受付

入力

確認

広域連合確認欄

確認

訂正

後期高齢者医療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		1. 明治 2. 大正 3. 昭和		年		月		日		生		個人番号	
氏名								年		月		日		計算期間の始期及び終期		年 月 年 月	
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. 嫁制世帯主 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		金融機関コード		銀行信用組合		店舗コード		種目		口座番号		フリガナ	
										本店支店出張所		1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他				口座名義人	
																振込先口座管理番号	
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 (公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。)										※ 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、「 <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。 ※ 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		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															

〒461-0001 愛知県名古屋市東区泉1-6-5 国保会館北館3階  
愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

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。

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。 はい/いいえ

申請代表者  
氏名  
電話番号

郵便番号 住所

枚中		枚目	
----	--	----	--

※本人口座以外の口座に振込を希望される場合は、裏面についても記入をしてください。

本人口座以外の口座に振込を希望される場合は、以下の欄の記入をしてください。

(委任欄)

私は  
を代理人と定め、次の権限を委任します。

この申請に基づく高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の受領に関すること。

被保険者

代理人 (住所)

(氏名)

(電話番号)

(被保険者との関係)

市町村確認欄			広域連合確認欄		
受付	入力	確認	確認	訂正	

備考

1. この用紙は、日本産業規格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ください。
- (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、保険者加入歴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ください。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載してください。
- 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、当該保険者加入歴欄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ください。
- 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ください。
- 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、ご注意ください。
- (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ください。
- (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、保険者番号、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ください（2以上の市町村の保険者番号を記載しないでください）。
- (2) 各医療保険（介護保険）資格情報ごとに、複数保険者ごとに、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。
- 「G Y Y（申請対象年度和暦、平成の場合、Gは“4”）＋保険者番号8桁（国保保険者の場合、先頭2桁を“00”とし、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8桁」（計19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。
3. 保険者加入歴に介護保険(総合事業)自己負担額証明書の情報(保険者名、加入期間、添付の自己負担額証明書整理番号)が記載されている場合、介護保険者においてのみ使用するため、医療保険者は、システムへの登録を行わないこと。
- なお、介護保険(総合事業)自己負担額証明書整理番号の番号体系については、以下のとおり。
- 「証明対象年度西暦(4桁)＋“98”＋保険者番号(6桁)＋保険者が付する通し番号(8桁)」

## 誓約書

後期高齢者医療にかかる、\_\_\_\_\_については、被保険者\_\_\_\_\_

が死亡したため、相続人である私が受領します。

私は、遺産分割の時まで責任をもってこれを管理し、後日相続人の間で問題が発生した場合には、当方にて処理し、広域連合には一切迷惑をかけることを誓約します。

年      月      日

住所

氏名

被保険者との続柄 ( )

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様



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		
(葬祭執行者 喪主)	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 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本 店・支 店 ( )						預 金 種 別	普 通 座 ( )
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

受		入		確	
付		力		認	

広域連合確認欄

確		訂	
認		正	

確認書類  
会葬礼状 火葬許可証  
死亡診断書 領収書

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 移送 を受けた	被保険者氏名		
公費負担者番号			生年月日	年 月 日	
公費受給者番号			入外	割合	割合
診療年月	年 月	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	<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。(公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。)  
※ 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。(該当するものの□にチェック (✓) してください。)  
☐ 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

受 付		入 力		確 認	
--------	--	--------	--	--------	--

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

広域連合確認欄

確 認		訂 正	
--------	--	--------	--

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

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  
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

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 受 養 け を 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	年	月

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:       )	

振込先	銀行 信用組合 信用組合 協同組合 ( )				本店・支店 ( )				預金種別	普通座 ( )	
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。(公金受取口座の利用は被保険者本人のみとなります。)  
※ 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(上記本枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

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食事負担額差額の申請に関する事。 ☐この申請に基づく食事負担額差額の受領に関する事。

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

後期高齢者医療第三者行為による傷病届

福 祉	市町村番号			年 月 日		
有				(〒 ー )		
無				届出者 住所		
愛知県後期高齢者医療広域連合長		様		氏名		
				電話		
下記の通りお届けします。				被保険者との関係(本人・配偶者・子・その他( ))		
事 故 発 生 日	年 月 日	午(前・後)	時 分	事 故 発 生 場 所		
事 故 原 因 と 状 況						
被 害 者 名 (被 保 険 者 名)	被 保 険 者 番 号			職 業		
	住 所	(〒 ー )				
	(フリガナ) 氏 名		生 年 月 日	年 月 日		
第 三 者 に 関 する 事 項	運 転 者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日	
		住 所	(〒 ー )			
		職 業		電 話	( )	
	保 有 者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日	
		住 所	(〒 ー )			
		職 業		電 話	( )	
		運 転 者 と の 関 係	本 人 ・ 親 族 (続 柄 ) ・ 事 業 主 ・ そ の 他 ( )			
	契 約 者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日	
		住 所	(〒 ー )			
		職 業		電 話	( )	
		運 転 者 と の 関 係	本 人 ・ 親 族 (続 柄 ) ・ 事 業 主 ・ そ の 他 ( )			
	自 賠 責 保 険	有	保 険 会 社		証 明 書 番 号	
無						
任 意 保 険 (対 人)	有	保 険 会 社		支 店 名	課 名	担 当 者 名
	無	証 券 番 号		電 話 ( )		
医 療 機 関 の 所 在 地 ・ 名 称 (氏 名 )			傷 病 名	初 診 日	年 月 日	
当 初				保 険 診 療	有 ・ 無	
				保 険 診 療 開 始 日		
転 医 後				診 療 見 込 期 間		
				診 療 見 込 金 額		円

注意 この申請書に次の書類を添付して提出して下さい。

- 1 事故発生状況報告書    2 交通事故証明書    3 念書(同意書)等

# 事故発生状況報告書

事故証明書番号		第 号		当事者	甲 (加害者)	氏名	
自動車の登録番号					乙 (被害者)	氏名	
天候	晴・曇・雨・雪・霧・( )		交通状況	混雑・普通・閑散		明暗	昼間・夜間・明け方・夕方
道路状況		舗装:(してある・していない)・歩道:(ある・ない)・道路の見通し:(良い・悪い) 中央車線:(ある・ない)・道路の状況:(直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路)					
信号又は標識		信号:(ある・ない)・自車側信号:(青・赤・黄)・相手側信号:(青・赤・黄) 駐車禁止:(されている・されていない)・その他標識:( )					
速度		甲車両 km/h (制限速度 km/h) 乙車両 km/h (制限速度 km/h)					
事故現場状況図	(右の記号を使って乙の立場で記入してください。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入してください。)						
	<div>自 車(乙) </div> <div>相 手 車(甲) </div> <div>進行方向 </div> <div>信 号 </div> <div>一時停止 </div> <div>人 間 </div> <div>自 転 車 オートバイ </div>						
事故発生 の状況 (経緯)	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他( )					
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他( )					
	場 所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )					
	火災特別加入※ <small>※社長、役員等の経営者が加入する労災保険</small>	(被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無					

上記内容に間違いありません。

年 月 日

※署名又は記名・押印

届出者(被保険者)  
※未成年の場合は親権者等

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

乙(被害者)との関係( )

(注)本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰ってください。

## 念 書（兼 同 意 書）

事故発生年月日	年 月 日	事故発生場所	
被保険者氏名		相手方(第三者) 氏 名	

- 1 上記事故に関して、私が相手方（保険会社等を含む。以下同じ。）に対して有する損害賠償請求権を、高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項の規定によって愛知県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が給付の価額の限度において取得・行使し、かつ賠償金を受領すること（以下「求償事務」という。）に異議はありません。
- 2 上記事故に関して、広域連合及び同連合との委託契約に基づき愛知県国民健康保険団体連合会が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。
- （1）交通事故証明書・事故発生状況報告書・診療報酬明細書（写）・念書（兼同意書）等の書類について、相手方へ提示または提出すること。
- （2）保険会社等から受けた金品の内訳（その見込みを含む。）及び損害賠償額の算出基礎となる書類、情報について、相手方から提供を受けること。
- （3）事故による治療の終了日及び事故外の診療の有無等について、受診医療機関等へ照会し、回答を得ること。
- （4）この念書（兼同意書）をもって（2）に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
- 3 上記事故に関して、私が高齢者の医療の確保に関する法律による保険給付を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。
- （1）治療が完了したときは、必ず広域連合に申し出ること。
- （2）相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって広域連合にその内容を申し出ること。
- （3）相手方に白紙委任状を渡さないこと。
- （4）相手方から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく広域連合に届け出ること。

年 月 日

住 所

氏 名

印

※署名又は記名押印

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

（注）被保険者が成年被後見人など法律行為を制限される場合は、  
成年後見人など法定代理人の方が署名してください。

人身事故証明書入手不能理由書

保険会社 御中

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えてください。

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。)

<b>理 由</b> ※ 該当する項目に○印をしてください。 ※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。	<input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため <input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した（もしくは終了予定の）ため <input type="radio"/> 公道以外の場所（駐車場、私有地など）で発生した事故のため <input type="radio"/> 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。） <div style="border: 1px dashed gray; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
	<input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。） <div style="border: 1px dashed gray; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
<b>◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。</b>	
届出警察	警察 担当官 （判明している場合）
届出年月日	年 月 日

裏面へ → ( 交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。 )

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をお願いします。

<b>◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。</b>	
<input type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他 ( ) ※ 該当する項目に○印をしてください	住 所 〒 _____ 記入日 年 月 日 _____ 氏 名 _____ (印) 電 話 ( ) _____

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求（法第 16 条請求）する場合には、保険契約者側（契約者、運転者など）の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償をした側が請求（法第 15 条請求）する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

(保険会社使用欄) 該当する□のすべてに✓する。

- 人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。
- 請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年 月 日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他 ( )	□電話 □文書 □面談
年 月 日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他 ( )	□電話 □文書 □面談
年 月 日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他 ( )	□電話 □文書 □面談
<b>◆ その他・特記事項</b> [ ]		

【 事案情報 被害者名: \_\_\_\_\_ 事故日: 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 】

○交通事故概要記入欄

発 生 年 月 日 時		年    月    日    午前            時    分頃    天候			
発 生 場 所					
当 事 者	甲	住 所	電話 (    )		
		氏 名		生 年 月 日	明・大 昭・平            年 月 日(    )才
		自賠責保 険契約先		自賠責保険 証明書番号	第                    号
		登録番号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	乙	住 所	電話 (    )		
		氏 名		生 年 月 日	明・大 昭・平            年 月 日(    )才
		自賠責保 険契約先		自賠責保険 証明書番号	第                    号
		登録番号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	丙	住 所	電話 (    )		
		氏 名		生 年 月 日	明・大 昭・平            年 月 日(    )才
		自賠責保 険契約先		自賠責保険 証明書番号	第                    号
		登録番号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	丁	住 所	電話 (    )		
		氏 名		生 年 月 日	明・大 昭・平            年 月 日(    )才
		自賠責保 険契約先		自賠責保険 証明書番号	第                    号
		登録番号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	戊	住 所	電話 (    )		
		氏 名		生 年 月 日	明・大 昭・平            年 月 日(    )才
		自賠責保 険契約先		自賠責保険 証明書番号	第                    号
		登録番号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。



# 委任状兼同意書

事故発生年月日	年 月 日	事故発生場所	
受給者氏名		相手方(第三者) 氏 名	

- 1 上記事故に係る「\_\_\_\_\_ (市・町・村)後期高齢者福祉医療費\_\_\_\_\_」に基づく福祉医療費について、私が相手方（保険会社等を含む。以下同じ。）に対して有する損害賠償請求権に関して助成の価額の限度において相手方に請求し、かつ、賠償金を受領すること（以下「求償事務」という。）を\_\_\_\_\_ (市・町・村)長に委任します。  
また、\_\_\_\_\_ (市・町・村)が求償事務を愛知県国民健康保険団体連合会に委託することを認めます。
- 2 上記事故に関して、愛知県国民健康保険団体連合会が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。
- (1) 交通事故証明書・事故発生状況報告書・診療報酬明細書（写）・委任状兼同意書等の書類について、相手方へ提示または提出すること。
  - (2) 保険会社等から受けた金品の内訳（その見込みを含む。）及び損害賠償額の算出基礎となる書類、情報について、相手方から提供を受けること。
  - (3) 事故による治療の終了日及び事故外の診療の有無等について、受診医療機関等へ照会し、回答を得ること。
  - (4) この委任状兼同意書をもって（2）に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
- 3 上記事故に関して、私が\_\_\_\_\_ (市・町・村)による福祉医療助成を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。
- (1) 治療が完了したときは、必ず\_\_\_\_\_ (市・町・村)に申し出ること。
  - (2) 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって\_\_\_\_\_ (市・町・村)にその内容を申し出ること。
  - (3) 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
  - (4) 相手方から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく\_\_\_\_\_ (市・町・村)に届け出ること。

年 月 日

住 所

氏 名

印

\_\_\_\_\_ (市・町・村) 長 様

(注1) 受給者が成年被後見人など法律行為を制限される場合は、成年後見人など法定代理人の方が署名してください。

(注2) 委任状兼同意書の提出にあたり、市町村は本人確認を行うこと。

年 月 日

(送付先名) 様

愛知県後期高齢者医療広域連合 給付課

第三者行為（交通事故等）に係る傷病届の提出について

日頃より後期高齢者医療制度に格別のご理解をいただきましてありがとうございます。

今回、(送付先名) 様の治療について、病院から提出される診療報酬明細書を確認しましたところ、第三者行為（交通事故等）による治療である旨の記載がありました。

治療の原因が交通事故等の第三者の行為によるものであるときは、法令の規定により保険者（当広域連合）へ届出していただくことになっています。

この届出をいただくことにより、医療費に係る当広域連合が支払った額について相手方保険会社等へ請求することができますので、ご協力くださるようお願いいたします。

なお、請求できる相手方がいないような事故等（例：自損事故〔自損事故車に同乗していた場合を除く〕、当て逃げ等）の場合は、書類作成の前にご連絡ください。

【ご提出いただく書類】 下記の 1～4（後期高齢者福祉医療を受給されている方は 1～5）

- 1 「第三者行為による傷病届」
- 2 「事故発生状況報告書」
- 3 「念書（兼同意書）」
- 4 「交通事故証明書」（交通事故の場合）  
⇒原本もしくは相手方保険会社の原本証明があるもの
- 5 「委任状兼同意書」（福祉医療を受給されている方のみ）

以上をお住まいの市区町村窓口へご提出ください。

記入方法や提出書類等でご不明な点がございましたら、広域連合又はお住まいの市区町村へお問い合わせください。

【注意事項】

※ 交通事故証明書は、自動車安全運転センター愛知県事務所（愛知県警察本部運転免許試験場）にて発行しています。恐れ入りますが交通事故証明の発行費用は自己負担になります。

・自動車安全運転センター愛知県事務所

○住所 名古屋市天白区平針南 3 丁目 605      ○電話 052-805-0625

※ すでに提出済みの場合は本状と行き違いですのでご容赦ください。

※ 相手方と示談が成立している場合については示談書の写しも併せてご提出ください。

【問い合わせ先】

愛知県後期高齢者医療広域連合

給付課 給付第一グループ 担当

電話：052-955-1205（直通）