大阪府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一部を改正する規則をここに公布する。

令和３年３月２９日

大阪府後期高齢者医療広域連合長　野田　義和

大阪府後期高齢者医療広域連合規則第５号

大阪府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一部を改正する規則

大阪府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（平成２０年大阪府後期高齢者医療広域連合規則第４号）の一部を次のように改正する。

第１２条の２の見出し中「の認定申請等」を「認定証の交付申請等」に改め、同条第１項中「省令第６６条の２第１項」を「省令第６６条の２第２項」に、「後期高齢者医療限度額適用認定申請書」を「後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書」に改め、同条第２項中「令第１５条第１項第３号又は第４号」を「令第１６条第１項第１号ハ若しくはニ又は第２号ハ若しくはニ」に改め、「に規定する要件」を削り、「後期高齢者医療限度額適用認定申請却下通知書」を「後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請却下通知書」に改める。

第１２条の３の見出し中「限度額適用認定証」を「限度額適用認定」に改め、同条中「省令第６６条の２第２項」を「省令第６６条の２第１項」に、「限度額適用認定証の発効日」を「限度額適用認定日」に、「当該発効日」を「当該認定日」に改める。

第１３条の見出し中「の認定申請等」を「認定証の交付申請等」に改め、同条第１項中「省令第６７条第１項」を「省令第６７条第２項」に、「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書兼入院日数届書」に改め、同条第２項中「令第１５条第１項第５号又は第６号」を「令第１６条第１項第１号ホ若しくはヘ、第２号ホ若しくはヘ、第３号ロ又は第４号」に改め、「に規定する要件」を削り、「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」を「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請却下通知書」に改める。

第１４条の見出し中「限度額適用・標準負担額減額認定証」を「限度額適用・標準負担額減額認定」に改め、同条中「省令第６７条第２項」を「省令第６７条第１項」に、「限度額適用・標準負担額減額認定証の発効日」を「限度額適用・標準負担額減額認定日」に、「当該発効日」を「当該認定日」に改める。

様式第１号中

「

個　人　番　号		

」を

「

個　人　番　号		

」に、

「

大阪府後期高齢者医療広域連合長　宛

上記のとおり関係書類を添えて申請いたします。

年　　月　　日

申請者　住所

氏名　　㊞

」を

「

大阪府後期高齢者医療広域連合長　宛

上記のとおり関係書類を添えて申請いたします。

年　　月　　日

」に

改める。

様式第２号中

「

個　人　番　号		

」を

「

個　人　番　号		

」に

改め、「㊞」を削る。

様式第３号、様式第４号、様式第６号及び様式第７号中「㊞」を削る。

様式第９号中

「

個人番号			

」を

「

個人番号			

」に、

「後期高齢者医療の被保険者の方」を「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)」に、

「

大阪府後期高齢者医療広域連合長　宛 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　　㊞

」を

「

大阪府後期高齢者医療広域連合長　宛 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

」に

改める。

様式第１１号中

「

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

」を

削り、「減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由」を「減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由」に改め、「㊞」を削り、

「

委任状欄	年　月　日　（口座名義人） 上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を＿＿＿＿＿＿＿＿に委任します。 委任者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿ （申請者）氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

」を

「

委任状欄	年　月　日　（口座名義人） 上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を＿＿＿＿＿＿＿＿に委任します。 委任者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿ （申請者）氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿ （申請者が手書きしない場合は、記名押印してください）

」に

改める。

様式第１５号中

「

支給申請をした理由	１：負担区分誤り　２：証の申請期間中のため　３：装具装着 ４：その他（急病等）（　　）

」を

「

支給申請をした理由	１：負担区分誤り　２：装具装着 ３：その他（急病等）（　　）

」に

改め、「㊞」を削り、

「

委任状欄	年　月　日　（口座名義人） 上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を＿＿＿＿＿＿＿＿に委任します。 委任者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿ （申請者）氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

」を

「

委任状欄	年　月　日　（口座名義人） 上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を＿＿＿＿＿＿＿＿に委任します。 委任者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿ （申請者）氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿ （申請者が手書きしない場合は、記名押印してください）

」に

改める。

様式第１６号中「下さい」を「ください」に改め、「印もれ・」及び「・印鑑（朱肉を使用するもの）」を削り、「受診時の領収書又はその写し」の後に「※申請者以外の口座に振り込む場合で、申請者が手書きしない場合は印かんが必要です。」を加える。

様式第１７号中

「

個　人　番　号	

」を

「

個　人　番　号												

」に、

「

大阪府後期高齢者医療広域連合長　宛

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　　㊞

」を

「

大阪府後期高齢者医療広域連合長　宛

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

」に

改める。

様式第１８号の２中「後期高齢者医療限度額適用認定申請書」を「後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書」に改め、

「

被保険者番号			個人番号		
被保険者	フリガナ			性別	
	氏名				
	生年月日				
	住所				

大阪府後期高齢者医療広域連合長　宛

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の適用を申請します。

年　　月　　日

申請者　氏名　　㊞

」を

「

被保険者番号			個人番号											
被	フリガナ													

保険者	氏　　名	
	生 年 月 日	
	住　　所	

大阪府後期高齢者医療広域連合長　宛

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認定証の交付を申請します。

年　　月　　日

」に改める。

様式第１８号の３中「限度額適用認定」を「限度額適用認定証交付」に、「高齢者の医療の確保に関する法律第８４条等」を「高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第６６条の２第２項」に改める。

様式第１９号中「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書　兼　入院日数届書」に改め、

「

被保険者番号			個人番号		
被保険者	フリガナ			性　別	
	氏　　名				
	生年月日				
	住　　所				

」を

「

被保険者番号		個人番号	
被保険者	フリガナ		
	氏　　名		
	生年月日		
	住　　所		

」に、

「

大阪府後期高齢者医療広域連合長　宛

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　　㊞

」を

「

大阪府後期高齢者医療広域連合長　宛 □１.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・標準負担額減額認定証の交付を申請します。 □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

」に改める。

様式第２０号中「減額認定」を「減額認定証交付」に、「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」を「高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第６７条第２項」に改める。

様式第２１号中

「

被保険者番号		個人番号			
氏　　名					
生年月日	年　　月　　日	性別		電話番号	

」を

「

被保険者番号		個人番号												
氏　　名														
生年月日	年　　月　　日		電話番号											

」に改め、「㊞」を削り、

「

委任状欄	年　　月　　日　　（口座名義人） 上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を＿＿＿＿＿＿＿＿に委任します。 委任者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （申請者）氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

」を

「

委任状欄	年　　月　　日　　（口座名義人） 上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を＿＿＿＿＿＿＿＿に委任します。 委任者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （申請者）氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （申請者が手書きしない場合は、記名押印してください）

」に

改める。

様式第２２号中「㊞」を削り、

「

委任状欄	年　　月　　日　　（口座名義人） 上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に委任します。 委任者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （申請者）氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

」を

「

委任状欄	年　　月　　日　　（口座名義人） 上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に委任します。 委任者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （申請者）氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （申請者が手書きしない場合は、記名押印してください）

」に

改める。

様式第２５号中「明治・大正・昭和」を削り、

「

大阪府後期高齢者医療広域連合長　宛 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免除を申請します。 年　　月　　日 申請者　　氏名　　㊞

」を

「

大阪府後期高齢者医療広域連合長　宛 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免除を申請します。 年　　月　　日

」に

改める。

様式第２６号中「明治・大正・昭和」を削る。

様式第２９号及び様式第３３号中「㊞」を削る。

附　則

（施行期日）

１　この規則は、令和３年４月１日から施行する。

（経過措置）

２　改正前の様式第１号、様式第２号、様式第３号、様式第４号、様式第６号、様式第７号、様式第９号、様式第１１号、様式第１５号、様式第１６号、様式第１７号、様式第１８号の２、様式第１８号の３、様式第１９号、様式第２０号、様式第２１号、様式第２２号、様式第２５号、様式第２６号、様式第２９号及び様式第３３号により作成した用紙は、当分の間、所要の調整をしたうえ、それぞれ改正後の様式により作成した用紙として使用することができる。