

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 3 月 31 日〕  
大阪府後期高齢者医療広域連合規則第 4 号

目次

- 第 1 章 総則（第 1 条）
- 第 2 章 被保険者（第 2 条～第 5 条）
- 第 3 章 後期高齢者医療給付（第 6 条～第 19 条の 3）
- 第 4 章 保険料（第 20 条～第 37 条）
- 第 5 章 雑則（第 38 条）

附則

第 1 章 総則

（趣旨）

第 1 条 この規則は、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「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（平成 19 年大阪府後期高齢者医療広域連合条例第 25 号。以下「条例」という。）の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

第 2 章 被保険者

（資格確認書等の更新等）

第 2 条 広域連合長は、毎年 8 月 1 日に資格確認書等の更新をするものとし、その有効期限は、翌年の 7 月 31 日とする。

- 2 前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、その有効期限は別に定めるものとし、当該有効期限の翌日に資格確認書等の更新をすることができる。

（資格取得の届出等）

第 3 条 被保険者に関して、省令に規定する次の各号に掲げる届書等は、当該各号に定める様式によるものとする。

- （1） 省令第 8 条に規定する障害認定申請書及び障害認定を受けた者

に係る資格取得、変更又は喪失に係る届書 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）

(2) 省令第10条、第11条及び第12条並びに第22条から第26条までに規定する資格の取得、変更又は喪失に係る届書 後期高齢者医療資格取得（変更・喪失）届書（様式第2号）

(3) 省令第16条に規定する申請書 後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書（様式第2号の2）

(4) 省令第20条に規定する通知 後期高齢者医療資格情報のお知らせ（様式第2号の3）

(5) 省令第54条の4第1項及び第2項に規定する届書 特別の事情に関する届書（様式第3号）

(6) 省令第17条第1項及び第21条に規定する申請書 後期高齢者医療（資格確認書・資格情報のお知らせ）再交付申請書（様式第4号）

2 広域連合長は、法第50条第2号による認定を行う理由がないと認めるときは、後期高齢者医療障害認定申請却下通知書（様式第5号）により申請者に通知するものとする。

3 省令第17条第1項及び第21条の規定による申請のうち、資格確認書等の添付がない場合については、その申請に基づき資格確認書等を交付するときは、当該資格確認書等に「再交付」と表示するものとする。

4 広域連合長は、省令第16条第1項第4号による申請の理由がないと認めるときは、後期高齢者医療資格確認書交付申請却下通知書（様式第2号の4）により申請者に通知するものとする。

（障害認定の申請の撤回）

第4条 省令第8条第2項の規定により申請の撤回をするときは、障害申請及び認定に係る撤回届（様式第6号）に、資格確認書等を添付して、広域連合長に提出しなければならない。

（負担区分等証明書の申請）

第5条 省令第26条の規定による資格喪失の届出に際して、負担区分等の証明書の交付を受けようとする者は、後期高齢者医療負担区分等証明書交付申請書（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、前項の申請書の提出があったときは、後期高齢者医療負担区分等証明書（様式第8号）を交付するものとする。

### 第3章 後期高齢者医療給付

（基準収入額の適用申請等）

第6条 省令第32条に規定する申請書は、後期高齢者医療基準収入額適用申請書（様式第9号）によるものとする。

- 2 前項の申請書の提出があったときは、広域連合長は、これを審査し、令第7条第5項第1号又は第2号に規定する要件に該当すると認める場合は、負担区分を変更し、同各号に規定する要件に該当しないと認める場合は、後期高齢者医療基準収入額適用申請却下通知書（様式第10号）により当該申請者に通知するものとする。

（標準負担額減額差額の支給申請等）

第7条 省令第37条第2項に規定する申請書及び省令第42条第2項に規定する申請書は、後期高齢者医療食事療養差額支給申請書（様式第11号）によるものとする。

- 2 前項の申請書の提出があったときは、広域連合長は、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12号）又は後期高齢者医療給付支給申請却下通知書（様式第13号）により当該申請者に通知するものとする。

（第三者の行為による被害の届出に係る書類の提出）

第8条 省令第46条に規定する届書を提出するときは、その事実を明らかにする書類を添付しなければならない。

（療養費の支給申請等）

第9条 省令第47条第1項に規定する申請書は、後期高齢者医療療養費等支給申請書（様式第15号）とし、療養費の支給を必要とする証拠書類を添付しなければならない。

- 2 前項の申請書の提出があったときは、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又は後期高齢者医療給付支給申請却下通知書により当該申請者に通知するものとする。ただし、柔道整復師等による施術に係る療養費のうち、その受領が当該柔道整復師等に委任されているものについては、この限りでない。

（特別療養費の支給申請等）

第10条 省令第54条第1項に規定する申請書は、後期高齢者医療療

養費等支給申請書とし、療養につき算定した費用の額に関する証拠書類を添付しなければならない。

- 2 前項の申請書の提出があったときは、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又は後期高齢者医療給付支給申請却下通知書により当該申請者に通知するものとする。

(移送費の支給申請等)

第11条 省令第60条第1項に規定する申請書は、後期高齢者医療療養費等支給申請書とし、移送に要した費用の額を証する書類を添付しなければならない。

- 2 前項の申請書の提出があったときは、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又は後期高齢者医療給付支給申請却下通知書により当該申請者に通知するものとする。

(特定疾病の認定申請等)

第12条 省令第62条第1項に規定する申請書は、後期高齢者医療特定疾病認定申請書(様式第17号)とする。

- 2 前項の申請書の提出があったときは、これを審査し、令第14条第6項に規定する要件に該当すると認める場合は、後期高齢者医療特定疾病療養受療証又は特定疾病認定に係る情報を記載した資格確認書を交付し、同項に規定する要件に該当しないと認める場合は、後期高齢者医療特定疾病認定申請却下通知書(様式第18号)により、当該申請者に通知するものとする。

(長期入院該当適用申請等)

第13条 省令第67条第1項及び後期高齢者医療の食事療養費標準負担額及び生活療養費標準負担額(平成19年厚生労働省告示第395号)の規定による届書は、後期高齢者医療長期入院日数届書(様式第19号)とする。

- 2 前項の届書の提出があったときは、これを審査し、提出のあった月以前の12月以内の入院日数が90日を超えると認める場合は、長期入院該当日を記載した資格確認書の交付を受けようとする者にはこれを交付し、90日を超えないと認める場合は、後期高齢者医療長期入院該当適用申請却下通知書(様式第20号)により、当該申請者に通知するものとする。

(限度額適用・標準負担額減額認定の有効期限)

第14条 省令第67条第1項の有効期限は、7月31日（限度額適用・標準負担額減額認定日が8月1日以降の場合は、当該認定日の翌年の7月31日）とする。

（高額療養費の支給申請等）

第15条 省令第70条第1項に規定する申請書は、後期高齢者医療高額療養費支給申請書（様式第21号）によるものとする。

2 前項の申請書の提出があったときは、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又は後期高齢者医療給付支給申請却下通知書により当該申請者に通知するものとする。

（高額介護合算療養費等の支給申請等）

第15条の2 省令第71条の9第1項に規定する申請書は、次に掲げる事項を記載した高額介護合算療養費支給申請書により申請するものとする。

- (1) 申請対象年度
- (2) 申請区分
- (3) 被保険者氏名、生年月日、性別
- (4) 計算期間の始期及び終期
- (5) 後期高齢者医療資格情報
- (6) 介護保険資格情報
- (7) 口座情報
- (8) 申請者住所、氏名
- (9) 保険者加入歴

2 前項の申請書の提出があったときは、速やかに支給又は不支給を決定し、高額介護合算療養費支給決定通知書又は高額介護合算療養費不支給決定通知書により当該申請者に通知するものとする。

（葬祭費の支給申請等）

第16条 条例第2条の規定により葬祭費の支給を受けようとする者は、後期高齢者医療葬祭費支給申請書（様式第22号）に、葬祭に関する証拠書類を添付して、広域連合長に提出しなければならない。

2 前項の申請書の提出があったときは、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又は後期高齢者医療給付支給申請却下通知書により当該申請者に通知するものとする。

（後期高齢者医療給付の一時差止及び滞納保険料額の控除等）

第17条 広域連合長は、法第92条第1項又は第2項の規定により医療給付の全部又は一部の支払を一時差し止める場合は、後期高齢者医療給付一時差止通知書（様式第23号）により速やかに被保険者に通知するものとする。

2 広域連合長は、前項の一時差止の解除をする場合は、後期高齢者医療給付支給決定通知書を速やかに被保険者に交付するものとする。

3 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24号）により行うものとする。

（一部負担金の免除及び徴収猶予）

第18条 省令第33条第1項に規定する一部負担金を支払うことが困難であると認められる場合は、被保険者又はその属する世帯の世帯主若しくは生計を主として維持する者（以下「被保険者等」という。）が第6項に定める申請のあった日（以下この条において「申請日」という。）の前1年以内に次の各号のいずれかに該当したことにより、地方税法（昭和25年法律226号）の規定に基づく市町村の条例の定めるところにより当該市町村民税が減免され、又は被保険者の属する世帯の収入が生活保護法（昭和25年法律第144号）第11条第1項第1号から第3号までに定める保護のための保護金品に相当する金額の合算額に別表第1左欄に掲げる期間に応じて同表右欄に定める免除基準率を乗じて得た額（以下「生活保護基準額」という。）以下であり、かつ、預貯金額が生活保護基準額の3か月分以下となった場合とする。被保険者等が地方税法の規定による市町村民税が課されない者である場合であって、申請日の前1年以内に第1号若しくは第2号に該当したとき又は被保険者等が市町村の条例の定めるところにより当該市町村民税が減免されている者である場合若しくは被保険者の属する世帯の収入が生活保護基準額以下であり、かつ、預貯金額が生活保護基準額の3か月分以下である場合であって、申請日の前1年以内に次の各号のいずれかに該当したときも同様とする。

（1） 震災、風水害、火災その他これらに類する災害により居住する住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けたとき。

（2） 事業又は業務の休廃止、失業等により当該世帯の収入が著しく減少したとき。

（3） 死亡し、若しくは心身に重大な障害を受け、又は長期間入院し

たとき。

- (4) 前3号に掲げる事由に類する事由があったとき。
- 2 前項第1号に規定する住宅、家財又はその他の財産について著しい損害を受けたときとは、次の各号のいずれかに該当するときとする。
  - (1) 全焼又は全壊若しくは大規模半壊
  - (2) 半焼又は半壊若しくは中規模半壊
  - (3) 火災による水損又は床上浸水
- 3 第1項第2号に規定する収入が著しく減少したときとは、収入が前年（1月から6月までは前々年）に比べ70%以上減少し、又は被保険者の属する世帯の収入が生活保護基準額以下となったときとする。
- 4 第1項第3号に規定する心身に重大な障害を受けたときとは、次の各号のいずれかに掲げる程度の障害の状態にあるときとする。
  - (1) 身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表に定める1級又は2級
  - (2) 知的障害のある者と判定されて、療育手帳の交付を受けている者のうち重度のもの
  - (3) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令（昭和25年政令第155号）第6条第3項の表に定める1級又は2級
- 5 第1項第3号に規定する長期間入院したときとは、過去1年以内に180日を超える入院があったときとする。
- 6 法第69条第1項第2号及び第3号の規定により一部負担金の免除又は徴収猶予を受けようとする者は、その事由を証する書類を添えて、その事実の生じた日以後、速やかに後期高齢者医療一部負担金免除申請書（様式第25号）又は後期高齢者医療一部負担金徴収猶予申請書（様式第25号の2）を広域連合長に提出しなければならない。ただし、徴収猶予については、急患、その他やむを得ない特別の理由がある者は、当該申請書を提出することができるに至った後、直ちにこれを提出しなければならない。
- 7 広域連合長は、前項の申請が第1項から第5項までの規定に該当すると認めたときは、後期高齢者医療一部負担金免除証明書（様式第26号）又は後期高齢者医療一部負担金徴収猶予証明書（様式第26号の2）を、認めなかったときは、後期高齢者医療一部負担金免除申請却下通知書（様式第27号）又は後期高齢者医療一部負担金徴収猶予

申請却下通知書（様式第 27 号の 2）を当該申請者に交付するものとする。

- 8 一部負担金の免除の期間は、申請のあった日の属する月の翌月初日から 6 か月を限度とし、同一の事由に基づく再度の免除は認めないものとする。ただし、広域連合長が必要と認めた場合は、免除の期間の初日を申請のあった日とするか、又は別に免除の期間を定めることができる。
- 9 一部負担金の徴収猶予の期間は、申請のあった日又は徴収猶予が必要となった日から 6 か月を限度とし、同一の事由に基づく再度の徴収猶予は認めないものとする。ただし、やむを得ない特別の理由があると認めるときは、すでにその者につき徴収猶予をした期間と合わせて 1 年以内の期間に限り、その期間を延長することができる。
- 10 療養に要する期間が長期に及ぶ場合については、被保険者の生活実態に留意しつつ、必要に応じ、生活保護の相談等適切な福祉施策の利用が可能となるよう、市町村の生活保護主管部局など福祉部局との連携を図るものとする。

（一部負担金の免除の取消し等）

第 19 条 広域連合長は、偽りその他不正の行為により一部負担金の免除を受けたことが判明したときは、申請時に遡ってその免除を取り消し、後期高齢者医療一部負担金免除取消通知書（様式第 28 号）により免除に係る被保険者に通知し、一部負担金免除証明書を返還させ、免除により支払を免れた一部負担金相当額を返納させるものとする。

- 2 広域連合長は、一部負担金の免除を受けた者が、その後の事情の変更により減免の理由がなくなつたと認めるときは、将来にわたって免除の決定を取り消し、後期高齢者医療一部負担金免除取消通知書により免除に係る被保険者に通知し、一部負担金免除証明書を返還させるものとする。

- 3 広域連合長は、前 2 項の規定により免除の取消しをしたときは、後期高齢者医療一部負担金免除取消通知書により、当該取消しに係る被保険者が療養を受けていた保険医療機関に通知するものとする。

（一部負担金の徴収猶予の取消し等）

第 19 条の 2 広域連合長は、次の各号のいずれかに該当すると認められる場合は、その徴収猶予の期間を変更し、その徴収猶予を取消し、

又はその徴収猶予にかかる一部負担金の全部若しくは一部を一時に返納させるものとする。

(1) 徴収猶予を受けた者の事情が変化したため、徴収猶予を行う必要がなくなったとき。

(2) 偽りその他不正の行為により一部負担金の徴収猶予を受けたことが判明したとき。

- 2 広域連合長は、一部負担金の徴収猶予を受けた者が、その後の事情の変更により徴収猶予の理由がなくなったと認めるときは、将来にわたって徴収猶予の決定を取消し、後期高齢者医療一部負担金徴収猶予取消通知書（様式第28号の2）により徴収猶予に係る被保険者に通知し、一部負担金徴収猶予証明書を返還させるものとする。

（一部負担金の徴収に関する処分）

第19条の3 保険医療機関等が、法第67条第2項の規定による保険者の処分を請求しようとするときは、保険医療機関等が善良な管理者と同一の注意をもって一部負担金の支払を求めたにもかかわらず、被保険者がその支払をしない当該一部負担金の全部又は一部につき、その一部負担金の支払義務が発生した日から起算しておおむね3か月を経過後、広域連合長に対し、電話又は文書による催促の協力を要請した上で、おおむね6か月を経過した後、行うものとする。

- 2 広域連合長は、前項により保険医療機関等から処分の請求を受けたときは、保険医療機関等の請求を審査し、保険医療機関等が善良な管理者と同一の注意をもって被保険者から一部負担金の支払を受けることについて努めていること及び当該被保険者について次のいずれかに該当することを確認した場合に、処分を行うものとする。

(1) 処分の対象となる一部負担金の額が60万円を超えるもの

(2) 保険料の滞納処分の実施する状態にあるもの

- 3 処分の実施に当たっては、地方自治法第231条の3第1項の規定に基づく督促を実施し、同法第231条の3第3項の規定に基づき当該請求に係る処分を行ったうえ、保険医療機関等に対して当該処分に係る徴収金のうちから当該請求に係る一部負担金に相当する額を交付するものとする。

#### 第4章 保険料

（保険料の額の通知）

第20条 保険料の賦課決定した額の通知は、次に掲げる事項を記載した後期高齢者医療保険料額決定通知書により行うものとする。

- (1) 被保険者氏名
- (2) 被保険者番号
- (3) 決定年月日
- (4) 決定理由
- (5) 後期高齢者医療保険料
- (6) 保険料算定の基礎

2 特別徴収による仮徴収の通知は、次に掲げる事項を記載した後期高齢者医療仮徴収額決定通知書により行うものとする。

- (1) 被保険者氏名
- (2) 被保険者番号
- (3) 決定年月日
- (4) 決定理由
- (5) 仮徴収額
- (6) 保険料算定の基礎

3 賦課決定した保険料の額の変更の通知は、次に掲げる事項を記載した後期高齢者医療保険料額変更決定通知書により行うものとする。

- (1) 被保険者氏名
- (2) 被保険者番号
- (3) 決定年月日
- (4) 決定理由
- (5) 後期高齢者医療保険料
- (6) 保険料算定の基礎

(保険料の徴収猶予及び減免の基準)

第21条 条例第17条第1項第1号に規定する災害により被保険者が主たる居住の用に供している住宅、被保険者の家財その他の財産について著しい損害を受けたときとは、別表第2左欄に掲げる損害の程度に該当するときとする。

2 条例第17条第1項第2号に規定する事業の不振、休業又は廃止、失業等の理由により、収入が著しく減少したときとは、基礎控除後の総所得金額等について、賦課の基となる年の基礎控除後の総所得金額等から徴収猶予又は減免の申請月の属する年の基礎控除後の総所得金

額等の見込額を控除して得た額を賦課の基となる年の基礎控除後の総所得金額等で除して得た率（以下「所得減少率」という。）が30%以上となるときとする。

（災害による保険料の徴収猶予）

第22条 条例第17条第2項の規定による保険料の徴収猶予の申請

（以下「徴収猶予申請」という。）ができる期限は、損害を被った日の属する月の翌月初日から1年を経過するまでとする。

（拘禁による保険料の徴収猶予）

第23条 条例第17条第1項第3号に該当する場合における保険料の徴収猶予は、拘禁されたときに遡って行うことがある。

（資力が活用できない状態での受診による保険料の徴収猶予）

第23条の2 条例第17条第1項第4号に該当する場合における保険料の徴収猶予は、急患等として保険医療機関又は保険薬局を受診したときに遡って行うことがある。

（徴収猶予の申請）

第24条 条例第17条第2項に規定する申請書は、後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書（様式第29号）によるものとし、次の各号に掲げる区分に応じて当該各号に定める書類を添付しなければならない。ただし、広域連合長がその提出の必要がないと認めるときは、この限りではない。

（1） 条例第17条第1項第1号に該当する者 罹災証明書その他広域連合長が必要と認める書類

（2） 条例第17条第1項第2号に該当する者 給与支払証明書、所得申告書その他所得を証明することができる書類

（3） 条例第17条第1項第3号から第5号に該当する者 広域連合長が必要と認める書類

（徴収猶予の決定等）

第25条 広域連合長は、前条の申請書の提出があった場合は、申請書の形式及び必要な添付書類等について審査し、添付書類等に不備があるとき、その他申請書等に軽易な誤りがあるときは、申請者に対して期限を定めて補正を命ずるものとする。

2 広域連合長は、徴収猶予を適当と認めるときは、後期高齢者医療保険料徴収猶予決定通知書（様式第30号）により当該申請者に通知す

るものとする。

- 3 広域連合長は、徴収猶予の理由がないと認めるとき、又は第1項の期限を経過しても補正がないときは、後期高齢者医療保険料徴収猶予却下通知書（様式第31号）により当該申請者に通知するものとする。

（徴収猶予の取消し等）

第26条 広域連合長は、条例第17条第3項の届出があったとき、又は同項に規定する届出がない場合であって次の各号のいずれかに該当すると認められる場合は、その徴収猶予の期間若しくは額を変更し、その徴収猶予を取り消し、又はその徴収猶予に係る保険料の全部若しくは一部を一時に徴収することができる。

- (1) 第21条第2項の規定による徴収猶予を受けた者の所得減少率が30%未満になることが判明したとき。
- (2) 前号のほか、徴収猶予を受けた者の事情が変化したため、徴収猶予を行う必要がなくなったとき。
- (3) 保険料の納付を不当に免れようとする行為があったとき。

- 2 広域連合長は、前項の規定により徴収猶予の取消しをしたときは、その取消しを後期高齢者医療保険料徴収猶予取消通知書（様式第32号）により当該徴収猶予に係る被保険者に通知するものとする。

（災害による保険料の減免）

第27条 条例第18条第2項の規定により保険料の減免申請（以下「減免申請」という。）ができる期限は、損害を被った日の属する月の翌月初日から1年を経過するまでとする。

- 2 条例第17条第1項第1号に該当する場合における減免額は、保険料に別表第2左欄に掲げる損害の程度に応じて同表右欄に定める減免率を乗じて得た額とする。
- 3 条例第17条第1項第1号に該当する場合における減免対象保険料は、賦課されている年額のうち、賦課対象となる月数に対する減免申請のあった日の属する月以降の月数の割合により算定した保険料に相当する額とする。ただし、広域連合長が必要と認める場合は、この限りではない。
- 4 第2項の減免額に1円未満の端数があるときは、これを切り捨てる。

(収入の減少による保険料の減免)

第28条 条例第17条第1項第2号に該当する場合における保険料の減免は、減免申請月の属する年度の賦課限度額適用前の保険料のうち、所得割に係る部分に限って減額を行うものとし、その減免額は、当該所得割の額に別表第3左欄に掲げる所得減少率に応じて同表右欄に定める減免率を乗じて得た額とする。

2 条例第17条第1項第2号に該当する場合における減免対象保険料は、賦課されている所得割の額のうち、賦課対象となる月数に対する減免申請月以降の月数の割合により算定した所得割の額に相当する額とする。ただし、広域連合長が必要と認める場合は、この限りではない。

3 第1項の減免額に1円未満の端数があるときは、これを切り捨てる。

4 第1項の規定により算定した減免額を控除した保険料が、条例第10条に規定する賦課限度額を超えるときは、当該賦課限度額を保険料とする。

5 第21条第2項の規定にかかわらず、条例第14条の規定により被保険者均等割保険料を減額された者は、条例第17条第1項第2号に該当する場合における規定による保険料の減免を受けることができない。

(拘禁による保険料の減免)

第29条 条例第17条第1項第3号に該当する場合における保険料の減免は、減免申請月から減免事由が消滅した日の属する月までの月割により算定した保険料に相当する額を免除する。

2 前項の保険料の減免は、拘禁されたときに遡って行うことがある。

3 前2項の免除する額に1円未満の端数があるときは、これを切り捨てる。

(減免事由が重複する場合)

第30条 条例第17条第1項に規定する減免事由のうち2以上の事由に該当する場合は、減免額が最も大きい事由を適用する。

(減免の申請)

第31条 条例第18条第2項に規定する申請書は、後期高齢者医療保険料減免申請書(様式第33号)によるものとし、次の各号に掲げる

区分に応じて当該各号に定める書類を添付しなければならない。ただし、広域連合長がその提出の必要がないと認めるときは、この限りではない。

- (1) 条例第17条第1項第1号に該当する者 罹災証明書その他広域連合長が必要と認める書類
- (2) 条例第17条第1項第2号に該当する者 給与支払証明書、所得申告書その他所得を証明することができる書類
- (3) 条例第17条第1項第3号及び第5号に該当する者 広域連合長が必要と認める書類

(減免の決定等)

第32条 広域連合長は、前条の申請書の提出があった場合は、申請書の形式及び必要な添付書類等について審査し、添付書類等に不備があるとき、その他申請書等に軽易な誤りがあるときは、当該申請者に対して期限を定めて補正を命ずるものとする。

2 広域連合長は、減免を適当と認めるときは、減免率を決定して減免後の保険料を算出した上で、後期高齢者医療保険料減免決定通知書(様式第34号)により当該申請者に通知するものとする。

3 広域連合長は、減免の理由がないと認めるとき、又は第1項の期限を経過しても補正がないときは、後期高齢者医療保険料減免却下通知書(様式第35号)により当該申請者に通知するものとする。

(減免の取消し)

第33条 広域連合長は、条例第18条第3項の届出があったとき、又は同項に規定する届出がない場合であって次の各号のいずれかに該当すると認められる場合は、減免を取り消すものとする。

- (1) 第21条第2項の規定による減免を受けた者の所得減少率が30%未満になることが判明したとき。
- (2) 前号のほか、減免を受けた者の事情が変化したため、減免を行う必要がなくなったとき。
- (3) 保険料の納付を不当に免れようとする行為があったとき。

2 広域連合長は、前項の規定により減免の取消しをしたときは、その取消しを後期高齢者医療保険料減免取消通知書(様式第36号)により当該減免に係る被保険者に通知するものとする。

(減免の変更)

第 3 3 条の 2 広域連合長は、次の各号のいずれかに該当すると認められる場合は、減免額を変更するものとする。

(1) 減免を受けた後に、減免の対象となる条例第 4 条の規定による保険料の賦課額（以下「保険料額」という。）が変更されたとき。

(2) 減免を受けた後に、条例第 1 3 条第 2 項に該当し、保険料額が変更されたとき。

(3) 前 2 号に掲げるもののほか、減免額を変更することに相当の理由があると認められるとき。

2 広域連合長は、前項の規定により減免額の変更をしたときは、後期高齢者医療保険料減免変更決定通知書（様式第 3 7 号）により当該減免に係る被保険者に通知するものとする。

（保険料等に関する申告）

第 3 4 条 条例第 1 9 条に規定する申告書は、次に掲げる事項を記載した後期高齢者医療簡易申告書によるものとする。

(1) 氏名及び住所

(2) 世帯主の氏名及び続柄

(3) 所得の種類及び所得金額

（納付証明書）

第 3 5 条 広域連合長は、保険料を除く徴収金に関する証明書の交付を請求する者があるときは、その者の属する世帯に係るものに限り、これを交付する。

（滞納処分）

第 3 6 条 広域連合長は、保険料を除く徴収金について地方税法の滞納処分の例により処分する場合は、同法の滞納処分の場合における徴税吏員の事務に相当する事務を広域連合の職員に委任する。

2 前項の職員は、その身分を証明する徴収職員証（様式第 3 8 号）を携帯し、関係人の請求があるときは、これを提示しなければならない。

（公示送達）

第 3 7 条 法第 1 1 2 条において準用する地方税法第 2 0 条の 2 の規定により公示送達を行う場合において、同条第 2 項に規定する地方団体の掲示場は、広域連合の事務所の掲示場とする。

## 第 5 章 雑則

（細則）

第 38 条 この規則の施行に関し必要な事項は、広域連合長が別に定める。

附 則

(施行期日)

第 1 条 この規則は、平成 20 年 4 月 1 日から施行する。

(被保険者証の有効期限の特例)

第 2 条 第 2 条の規定にかかわらず、平成 20 年 4 月 1 日から同年 7 月 31 日までに発効する被保険者証の有効期限は、平成 21 年 7 月 31 日とする。ただし、広域連合長が必要と認めるときは、この限りではない。

第 2 条の 2 第 2 条第 1 項の規定にかかわらず、令和 4 年にあっては、広域連合長は、同年 8 月 1 日及び同年 10 月 1 日に被保険者証の更新をするものとする。この場合において、当該被保険者証の有効期限は、同年 8 月 1 日に更新するものにあつては同年 9 月 30 日と、同年 10 月 1 日に更新するものにあつては令和 5 年 7 月 31 日とする。

附 則 (平成 21 年規則第 3 号)

この規則は、公布の日から施行し、平成 21 年 8 月 1 日から適用する。

附 則 (平成 21 年規則第 5 号)

この規則は、公布の日から施行し、平成 21 年 12 月 1 日から適用する。

附 則 (平成 22 年規則第 2 号)

この規則は、公布の日から施行し、平成 22 年 4 月 1 日から適用する。

附 則 (平成 23 年規則第 2 号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成 23 年規則第 4 号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成 25 年規則第 1 号)

(施行期日)

1 この規則は、平成 25 年 4 月 1 日から施行する。ただし、様式の改正規定は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 改正後の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（以下「新規則」という。）第 18 条の規定は、平成 25

年４月１日以後に同条第１項各号のいずれかに該当した場合について適用し、平成２５年４月１日前に同項各号のいずれかに該当した場合については、なお従前の例による。

- ３ この規則の施行の際、現に改正前の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様式により作成されている用紙は、当分の間、所要の調整の上、新規則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。

附 則（平成２６年規則第３号）

この規則は、平成２７年１月１日から施行する。

附 則（平成２７年規則第５号）

この規則は、番号法附則第１条第４号に掲げる規定の施行の日（平成２８年１月１日）から施行する。

附 則（平成２８年規則第６号）

この規則は、平成２８年４月１日から施行する。

附 則（平成３０年規則第３号）

この規則は、平成３０年４月１日から施行する。ただし、様式第１１号、第１５号、第２１号及び第２２号の改正規定は、公布の日から施行する。

附 則（平成３０年規則第４号）

この規則は、公布の日から施行し、平成３０年６月１８日から適用する。

附 則（平成３０年規則第６号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和元年規則第７号）

- １ この規則は、令和元年１０月１日から施行する。
- ２ 改正後の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規定は、この規則の施行の日（以下「施行日」という。）以後の一部負担金の免除に係る申請について適用し、施行日前の申請に係る一部負担金の免除基準については、なお従前の例による。
- ３ 改正前の様式第１号、様式第２号、様式第４号、様式第６号、様式第７号、様式第９号及び様式第１５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第１号、様式第２

号、様式第 4 号、様式第 6 号、様式第 7 号、様式第 9 号及び様式第 15 号により作成した用紙として使用することができる。

附 則（令和 3 年規則第 5 号）

（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。

附 則（令和 4 年規則第 4 号）

（施行期日）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、この規則による改正後の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第 6 条第 2 項の規定及び様式第 10 号の規定は、令和 4 年 10 月 1 日から施行する。

附 則（令和 4 年規則第 8 号）

（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 改正前の様式第 4 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、改正後の様式第 4 号により作成した用紙として使用することができる。

附 則（令和 4 年規則第 15 号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和 4 年規則第 18 号）

（施行期日）

第 1 条 この規則は、令和 5 年 1 月 1 日から施行する。

（経過措置）

第 2 条 この規則による改正前の第 15 条の 2 第 1 項に規定する申請

書、様式第 1 1 号、様式第 1 5 号及び様式第 2 1 号は、当分の間、公  
金受取口座の利用を希望しない者について使用することができる。

附 則（令和 6 年規則第 8 号）

（施行期日）

1 この規則は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（令和 6 年規則第 1 4 号）

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、第 2 条から第 4 条ま  
で及び第 9 条から第 1 3 条までの改正規定は、令和 6 年 1 2 月 2 日か  
ら施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の際、この規則による改正前の様式に関する規定に  
より作成され、現に保管されている帳票については、当分の間、この  
規則による改正後の様式に関する規定による帳票とみなして使用する  
ことができる。

3 有効期限到達前の被保険者証はこの規則の改正後も従前の例による  
附 則（令和 7 年規則第 4 号）

この規則は、公布の日から施行する。

別表第 1（第 1 8 条関係）

| 対象期間                                  | 免除基準率                 |
|---------------------------------------|-----------------------|
| 令和元年 1 0 月 1 日から令和 2 年 9<br>月 3 0 日まで | 9 9 0 / 8 7 0         |
| 令和 2 年 1 0 月 1 日以降                    | 1 , 1 5 5 / 1 , 0 0 0 |

別表第 2（第 2 1 条、第 2 7 条関係）

| ／ | 損害の程度           | 減免率     |
|---|-----------------|---------|
| 1 | 全焼又は全壊若しくは大規模半壊 | 1 0 0 % |
| 2 | 半焼又は半壊若しくは中規模半壊 | 7 0 %   |
| 3 | 火災による水損又は床上浸水   | 5 0 %   |

別表第 3（第 2 8 条関係）

| ／ | 所得減少率    | 減免率   |
|---|----------|-------|
| 1 | 7 0 % 以上 | 7 0 % |

|   |                    |       |
|---|--------------------|-------|
| 2 | 6 0 % 以上 7 0 % 未 滿 | 6 0 % |
| 3 | 5 0 % 以上 6 0 % 未 滿 | 5 0 % |
| 4 | 4 0 % 以上 5 0 % 未 滿 | 4 0 % |
| 5 | 3 0 % 以上 4 0 % 未 滿 | 3 0 % |

(表)

受付日

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  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 届出者住所 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 連絡先電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |                |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|----------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|
|                                                      | 新規（変更・喪失）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |                | 変更前 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| フリガナ                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |                |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| 氏名                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  | 性別 |  |  |                |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| 個人番号                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |                |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |                |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| 生年月日                                                 | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |                |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| 住所                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |                |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| 申請区分                                                 | <input type="checkbox"/> 新規申請・ <input type="checkbox"/> 継続申請・ <input type="checkbox"/> 転入申請・ <input type="checkbox"/> その他申請                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |                |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| 申請事由                                                 | <input type="checkbox"/> 新規に障害認定されたため<br><input type="checkbox"/> 老人保健からの障害認定継続のため<br><input type="checkbox"/> 障害認定が継続されたため<br><input type="checkbox"/> 転入前に障害認定されたため<br><input type="checkbox"/> その他の理由により障害認定されたため                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |                |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |                |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| 所有手帳又は証書種類                                           | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 3級・ <input type="checkbox"/> 4級<br><input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> A1・ <input type="checkbox"/> A2<br><input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 <input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級<br><input type="checkbox"/> 国民年金証書 <input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級<br><input type="checkbox"/> その他 [ ] |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |                |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|                                                      | 障害の程度 [ ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |                |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| 大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛<br>上記のとおり関係書類を添えて申請いたします。<br>年 月 日 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |                |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
| 被保険者番号                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  | 資格取得（変更・喪失）年月日 |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 月 日 |

(裏)

※ 即日交付を必要とするやむを得ない理由

・数日中に受診予定あり 年 月 日受診

医療機関名 ( )

・入院又は入所中のため 病院・施設名（ ）

入院・入所日                      年                      月                      日から

- ・その他やむを得ない理由（具体的理由）

$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

※ 本人確認欄

☐運転免許証      ☐パスポート      ☐賦課決定通知書      ☐納入通知書      ☐住基カード  
☐在留カード・特別永住者証明書      ☐障害者手帳      ☐個人番号カード  
☐その他（                                  ）

| 処理者 | 確認者 | 証発行者 |
|-----|-----|------|
|     |     |      |

後期高齢者医療資格取得（変更・喪失）届書

|                                                                             |         |                                                       |  |  |  |             |  |     |  |        |  |        |  |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------|--|--|--|-------------|--|-----|--|--------|--|--------|--|-------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 被保険者番号                                                                      |         |                                                       |  |  |  |             |  |     |  |        |  |        |  |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| 区 分                                                                         |         | 新 規 (変更・喪失)                                           |  |  |  |             |  |     |  | 変 更 前  |  |        |  |             |  | 事 由                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| (フリガナ)                                                                      |         |                                                       |  |  |  |             |  |     |  |        |  |        |  |             |  | 1 新 規<br><input type="checkbox"/> 7 5 歳に到達<br><input type="checkbox"/> 他の市町村から転入<br><input type="checkbox"/> 法第 5 1 条に非該当<br><input type="checkbox"/> 法第 5 5 条該当<br><input type="checkbox"/> 法第 5 5 条の 2 該当<br><input type="checkbox"/> その他 (                      )                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| 氏 名                                                                         |         |                                                       |  |  |  |             |  |     |  |        |  |        |  |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| 生 年 月 日                                                                     |         | 年 月 日生                                                |  |  |  |             |  | 性 別 |  |        |  | 年 月 日生 |  |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| 住 所 ・ 居 住 地<br>( 施 設 名 及 び<br>施 設 所 在 地 )                                   |         |                                                       |  |  |  |             |  |     |  |        |  |        |  |             |  | 上記の事由発生年月日<br>(        .        .        )                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| 個 人 番 号                                                                     |         |                                                       |  |  |  |             |  |     |  |        |  |        |  |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 2 変 更<br><input type="checkbox"/> 氏名の変更<br><input type="checkbox"/> 同一市町村内の転居<br><input type="checkbox"/> 世帯・世帯主の変更<br><input type="checkbox"/> 法第 5 5 条第 2 項適用<br><input type="checkbox"/> 法第 5 5 条の 2 第 2 項適用<br><input type="checkbox"/> 継続居住地変更<br><input type="checkbox"/> その他 (                      ) |  |  |  |
| マイナンバーカード<br>(※) の健康保険証<br>利用登録の有無                                          |         | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |  |  |  |             |  |     |  |        |  |        |  |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| 世帯主                                                                         | 氏 名     |                                                       |  |  |  |             |  |     |  |        |  |        |  |             |  | 上記の事由発生年月日<br>(        .        .        )                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
|                                                                             | 性 別     |                                                       |  |  |  |             |  |     |  |        |  |        |  |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
|                                                                             | 生 年 月 日 | 年 月 日生                                                |  |  |  |             |  |     |  | 年 月 日生 |  |        |  |             |  | 3 喪 失<br><input type="checkbox"/> 死 亡<br><input type="checkbox"/> 他の市町村への転出<br><input type="checkbox"/> 法第 5 0 条第 2 号非該当<br><input type="checkbox"/> 法第 5 1 条該当<br><input type="checkbox"/> 法第 5 5 条不適用<br><input type="checkbox"/> 法第 5 5 条の 2 不適用<br><input type="checkbox"/> その他 (                      ) |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
|                                                                             | 個 人 番 号 |                                                       |  |  |  |             |  |     |  |        |  |        |  |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
|                                                                             | 続 柄     |                                                       |  |  |  |             |  |     |  |        |  |        |  |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| 同 一 世 帯 の<br>他 の 被 保 険 者<br>( 有 ・ 無 )                                       |         | 氏 名                                                   |  |  |  | 被 保 険 者 番 号 |  |     |  | 氏 名    |  |        |  | 被 保 険 者 番 号 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 上記の事由発生年月日<br>(        .        .        )                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |
|                                                                             |         |                                                       |  |  |  |             |  |     |  |        |  |        |  |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
|                                                                             |         |                                                       |  |  |  |             |  |     |  |        |  |        |  |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| 理由：                                                                         |         |                                                       |  |  |  |             |  |     |  |        |  |        |  |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| 上記のとおり関係書類を添えて届出いたします。<br>年 月 日<br>住 所<br>(居住地)<br>氏 名<br>大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛 |         |                                                       |  |  |  |             |  |     |  |        |  |        |  |             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |

(裏)

※ 即日交付を必要とするやむを得ない理由

・数日中に受診予定あり 年 月 日受診

医療機関名 ( )

・入院又は入所中のため 病院・施設名 ( )

入院・入所日                      年                      月                      日から

- ・その他やむを得ない理由（具体的理由）

$$\left[ \begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

※ 本人確認欄

☐運転免許証      ☐パスポート      ☐賦課決定通知書      ☐納入通知書      ☐住基カード

☐在留カード・特別永住者証明書 ☐障害者手帳 ☐個人番号カード

☐ その他 ( )

| 処理者 | 確認者 | 証発行者 |
|-----|-----|------|
|     |     |      |

(表)

様式第2号の2

|       |
|-------|
| 受 付 日 |
|       |

## 後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書

|                 |            |  |  |  |  |  |  |               |  |  |
|-----------------|------------|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|
| 交付を希望する<br>被保険者 | フリガナ<br>氏名 |  |  |  |  |  |  | 生年月日<br>年 月 日 |  |  |
| 個人番号            |            |  |  |  |  |  |  |               |  |  |
| 住所              |            |  |  |  |  |  |  |               |  |  |

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請理由<br>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<br><input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予定である<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他<br>※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<br>( )<br>※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）<br><input type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分<br><input type="checkbox"/> 特定疾病区分<br><input type="checkbox"/> 任意記載事項の記載を希望しない<br>※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。<br>※「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。<br>※「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。                                              |

大阪府後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、資格確認書の交付・任意記載事項の併記を申請します。

年 月 日

申請者

氏 名

住 所

電話番号

被保険者本人との続柄

(※代理人が申請する場合は、別途、委任状の添付が必要になります。)

(裏)

※ 即日交付を必要とするやむを得ない理由

・数日中に受診の予定あり 年 月 日受診

医療機関名 ( )

・入院又は入所中のため 病院・施設名 ( )

入院・入所日 年 月 日

その他やむを得ない理由 (具体的理由)

( )

※ 本人確認欄

☐運転免許証 ☐パスポート ☐賦課決定通知書 ☐納入通知書 ☐住基カード

☐在留カード・特別永住者証明書 ☐障害者手帳 ☐個人番号カード

☐その他 ( )

| 処理者 | 確認者 | 発行者 |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |

## 後期高齢者医療資格情報のお知らせ

大阪府後期高齢者医療広域連合  
保険者番号

あなたの加入する後期高齢者医療制度の資格情報を下記のとおりお知らせします。  
なお、このお知らせのみでは受診できません。

|        |       |
|--------|-------|
| 被保険者番号 |       |
| 氏名     |       |
| 負担割合   | 割     |
| 有効期限   | 年 月 日 |
| 発効期日   | 年 月 日 |
| 交付年月日  | 年 月 日 |

下部を切り取ってご利用いただくこともできます  
(このお知らせのみでは受診できません)

|                        |   |   |   |
|------------------------|---|---|---|
| 後期高齢者医療資格情報のお知らせ       |   |   |   |
| 年 月 日発行                |   |   |   |
| 大阪府後期高齢者医療広域連合         |   |   |   |
| 保険者番号                  |   |   |   |
| 被保険者番号                 |   |   |   |
| 氏名                     |   |   |   |
| 負担割合                   | 割 |   |   |
| 有効期限                   | 年 | 月 | 日 |
| 発効期日                   | 年 | 月 | 日 |
| 受診の際にはマイナ保険証が आवश्यकです |   |   |   |

様

大阪府後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療資格確認書交付申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律第 54 条第 3 項に基づく資格確認書交付申請については、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 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 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、大阪府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、大阪府後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、大阪府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。

|       |
|-------|
| 受 付 日 |
|       |

## 特別の事情に関する届書

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

次の理由により、後期高齢者医療保険料の納付が困難なので、関係書類を添えて届け出ます。

|                   |     |  |  |  |  |  |  |  |      |  |       |  |  |
|-------------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|------|--|-------|--|--|
| 被保険者番号            |     |  |  |  |  |  |  |  |      |  |       |  |  |
| フリガナ              |     |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 |  | 年 月 日 |  |  |
| 氏 名               |     |  |  |  |  |  |  |  |      |  |       |  |  |
| 住 所               | 〒 ー |  |  |  |  |  |  |  |      |  |       |  |  |
| 個 人 番 号           |     |  |  |  |  |  |  |  |      |  |       |  |  |
| 保険料を納付することができない理由 |     |  |  |  |  |  |  |  |      |  |       |  |  |
| 添付書類              |     |  |  |  |  |  |  |  |      |  |       |  |  |

受 付 日

## 後期高齢者医療（資格確認書・資格情報のお知らせ）再交付申請書

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

後期高齢者医療（資格確認書・資格情報のお知らせ）の再交付を次により申請します。なお、紛失等にかかるもので後日発見した場合は、直ちに返還します。

|                  |                       |       |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|-----------------------|-------|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                  |                       | 申請年月日 |  | 年 月 日        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請者氏名            |                       |       |  | 被保険者<br>との関係 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請者住所            | 〒 ー                   |       |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号             |                       |       |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請の事由            | 紛失・盗難・火災・汚損・破損・その他（ ） |       |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>者 | 保険者番号                 |       |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 被保険者番号                |       |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | フリガナ                  |       |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 氏 名                   |       |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                       | 生年月日  |  | 年 月 日        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |                       | 性 別   |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所              | 〒 ー                   |       |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号             |                       |       |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## &lt;本人確認欄&gt;

- ☐運転免許証    ☐パスポート    ☐賦課決定通知書    ☐納入通知書    ☐住基カード  
☐在留カード・特別永住者証明書    ☐障害者手帳    ☐個人番号カード  
☐その他（ ）

| 処理者 | 確認者 | 証発行者 |
|-----|-----|------|
|     |     |      |

年 月 日

様

大阪府後期高齢者医療広域連合長 印

## 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、大阪府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、大阪府後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、大阪府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。



後期高齢者医療負担区分等証明書交付申請書

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

年 月 日

旧住所

申請者 新住所

氏 名

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

## 後期高齢者医療負担区分等証明書

|   |                                 |                 |      |      |       |         |                    |       |
|---|---------------------------------|-----------------|------|------|-------|---------|--------------------|-------|
| 1 | 氏 名                             |                 |      |      |       | 年 月 日   |                    |       |
|   | 該当する<br>負担区分                    | 一 定 以 上 負 担 区 分 |      |      |       | 減 額 区 分 |                    |       |
|   |                                 | 基準額Ⅲ            | 基準額Ⅱ |      |       | 基準額Ⅲ    | 基準額Ⅱ               |       |
|   | 前年の12月31日現在の世帯にいる0歳以上16歳未満の世帯員  |                 |      |      |       | 人       | 前年の12月31日<br>現在の続柄 |       |
|   | 前年の12月31日現在の世帯にいる16歳以上19歳未満の世帯員 |                 |      |      |       | 人       |                    |       |
| 2 | 氏 名                             |                 |      |      |       | 年 月 日   |                    |       |
|   | 該当する<br>負担区分                    | 一 定 以 上 負 担 区 分 |      |      |       | 減 額 区 分 |                    |       |
|   |                                 | 基準額Ⅲ            | 基準額Ⅱ | 基準額Ⅰ | 基準額未満 | 非課税     | 老福                 | 基準額以下 |
|   | 前年の12月31日現在の世帯にいる0歳以上16歳未満の世帯員  |                 |      |      |       | 人       | 前年の12月31日<br>現在の続柄 |       |
|   | 前年の12月31日現在の世帯にいる16歳以上19歳未満の世帯員 |                 |      |      |       | 人       |                    |       |
| 3 | 氏 名                             |                 |      |      |       | 年 月 日   |                    |       |
|   | 該当する<br>負担区分                    | 一 定 以 上 負 担 区 分 |      |      |       | 減 額 区 分 |                    |       |
|   |                                 | 基準額Ⅲ            | 基準額Ⅱ | 基準額Ⅰ | 基準額未満 | 非課税     | 老福                 | 基準額以下 |
|   | 前年の12月31日現在の世帯にいる0歳以上16歳未満の世帯員  |                 |      |      |       | 人       | 前年の12月31日<br>現在の続柄 |       |
|   | 前年の12月31日現在の世帯にいる16歳以上19歳未満の世帯員 |                 |      |      |       | 人       |                    |       |
| 4 | 氏 名                             |                 |      |      |       | 年 月 日   |                    |       |
|   | 該当する<br>負担区分                    | 一 定 以 上 負 担 区 分 |      |      |       | 減 額 区 分 |                    |       |
|   |                                 | 基準額Ⅲ            | 基準額Ⅱ | 基準額Ⅰ | 基準額未満 | 非課税     | 老福                 | 基準額以下 |
|   | 前年の12月31日現在の世帯にいる0歳以上16歳未満の世帯員  |                 |      |      |       | 人       | 前年の12月31日<br>現在の続柄 |       |
|   | 前年の12月31日現在の世帯にいる16歳以上19歳未満の世帯員 |                 |      |      |       | 人       |                    |       |
| 5 | 氏 名                             |                 |      |      |       | 年 月 日   |                    |       |
|   | 該当する<br>負担区分                    | 一 定 以 上 負 担 区 分 |      |      |       | 減 額 区 分 |                    |       |
|   |                                 | 基準額Ⅲ            | 基準額Ⅱ | 基準額Ⅰ | 基準額未満 | 非課税     | 老福                 | 基準額以下 |
|   | 前年の12月31日現在の世帯にいる0歳以上16歳未満の世帯員  |                 |      |      |       | 人       | 前年の12月31日<br>現在の続柄 |       |
|   | 前年の12月31日現在の世帯にいる16歳以上19歳未満の世帯員 |                 |      |      |       | 人       |                    |       |

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

大阪府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

受 付 目

|           |  |             |  |
|-----------|--|-------------|--|
| 届 出 者 名   |  | 本人との<br>関係  |  |
| 届 出 者 住 所 |  | 連絡先<br>電話番号 |  |

|       |
|-------|
| 受 付 日 |
|       |

|         |  |
|---------|--|
| 住 所     |  |
| 電 話 番 号 |  |

[illegible]

(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。
  - ※なお、世帯に本人以外の方 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）がいない場合であってかつ 70 歳から 74 歳の方が世帯内にいる場合には、70 歳から 74 歳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。

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

年 月 日

様

大阪府後期高齢者医療広域連合長 印

## 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 5 項第 1 号又は第 2 号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、大阪府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、大阪府後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、大阪府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  
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             |        |   |       |
| 被保険者番号            |        |   |       |
| 公費負担者番号           |        |   |       |
| 公費受給者番号           |        |   |       |
| 個人番号              |        |   |       |
| 療 受<br>養 け<br>を た | 被保険者氏名 |   |       |
|                   | 生年月日   |   | 年 月 日 |

|                              |                                |
|------------------------------|--------------------------------|
| 診療を受けた医療<br>機関等の所在地          |                                |
| 診療を受けた医療<br>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<br>理由                | 1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等） |

|                  |                                                                                                               |          |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 差<br>額<br>支<br>給 | イ（ ー ）円 × （ ）回 = （ ）円<br>ロ（ ー ）円 × （ ）回 = （ ）円<br>ハ（ ー ）円 × （ ）回 = （ ）円<br>二（ ー ）円 × （ ）回 = （ ）円<br>ホ 却下（理由 ） | 合 計<br>— |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

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<br>込<br>先        | 銀 行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合<br>（ ） | 本 店 ・ 支 店<br>（ ） | 預<br>金<br>種<br>別 | 普<br>通<br>当<br>座<br>（ ） |
| 口座番号等<br>左詰記載して下さい |                                    |                  |                  |                         |
| 口座名義人<br>（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。

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛 年 月 日

申請者（被保険者又は相続人代表）

郵便番号 住 所

氏 名 連絡先

|      |                                                                                                           |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 委任状欄 | 年 月 日 （口座名義人）<br>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。<br>委任者 住 所<br>（申請者）氏 名<br>（申請者が手書きしない場合は、記名押印してください） |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

大阪府後期高齢者医療広域連合長 印

の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

## 6. 支払方法

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、大阪府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、大阪府後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、大阪府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

大阪府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. 申請却下理由

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、大阪府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、大阪府後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、大阪府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 齡 者 医 療 療 養 費 等 支 給 申 請 書

受付日                      年              月              日  
 決定日                      年              月              日

[illegible]

|                  |                          |            |               |
|------------------|--------------------------|------------|---------------|
| 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        | １：負担区分誤り<br>３：その他（急病等）（  | ２：装具装着     | ）             |
| 発病又は負傷の理由        | １：第三者行為（交通事故等）<br>４：その他（ | ２：自損事故・疾病等 | ３：業務上の事故<br>） |

[illegible]

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。

[illegible]

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字あけてください。

上記のとおりに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。

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

年 月 日

申請者（被保険者又は相続人代表）

郵便番号 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

|      |                                     |
|------|-------------------------------------|
| 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)          |

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

|       |  |             |  |
|-------|--|-------------|--|
| 届出者名  |  | 本人との<br>関係  |  |
| 届出者住所 |  | 連絡先<br>電話番号 |  |

|                  |         |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|---------|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 番 号      |         |  | 個 人 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ    |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 氏 名     |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 生 年 月 日 |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 住 所     |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 疾 病 の 名 称        |         |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |         |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

年 月 日

様

大阪府後期高齢者医療広域連合長 印

## 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 6 2 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 | 年 月 日 |
| 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 3 か月以内に、大阪府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、大阪府後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、大阪府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 長期入院日数届書

|                  |      |  |             |  |
|------------------|------|--|-------------|--|
| 申請(届出)<br>者名     |      |  | 本人との<br>関係  |  |
| 申請(届出)<br>住所     |      |  | 連絡先<br>電話番号 |  |
| 被保険者番号           |      |  | 個人番号        |  |
| 被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ |  |             |  |
|                  | 氏名   |  |             |  |
|                  | 生年月日 |  |             |  |
|                  | 住所   |  |             |  |

〈長期入院に関する届出欄〉

|                         |                  |                    |  |
|-------------------------|------------------|--------------------|--|
| 入院日数合計 (            日間) |                  |                    |  |
| ①                       | 届出日の前 12 か月の入院日数 | ～ (            日間) |  |
|                         | 入院をした保険医療機関等     | 名称                 |  |
|                         |                  | 所在地                |  |
| ②                       | 届出日の前 12 か月の入院日数 | ～ (            日間) |  |
|                         | 入院をした保険医療機関等     | 名称                 |  |
|                         |                  | 所在地                |  |
| ③                       | 届出日の前 12 か月の入院日数 | ～ (            日間) |  |
|                         | 入院をした保険医療機関等     | 名称                 |  |
|                         |                  | 所在地                |  |
| ④                       | 届出日の前 12 か月の入院日数 | ～ (            日間) |  |
|                         | 入院をした保険医療機関等     | 名称                 |  |
|                         |                  | 所在地                |  |
| ⑤                       | 届出日の前 12 か月の入院日数 | ～ (            日間) |  |
|                         | 入院をした保険医療機関等     | 名称                 |  |
|                         |                  | 所在地                |  |
| ⑥                       | 届出日の前 12 か月の入院日数 | ～ (            日間) |  |
|                         | 入院をした保険医療機関等     | 名称                 |  |
|                         |                  | 所在地                |  |

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

- ・上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。
- ・資格確認書を保有し、長期入院被保険者として認定された場合は、長期入院該当日を資格確認書に併記することを希望します。

年    月    日

年 月 日

様

大阪府後期高齢者医療広域連合長 印

## 後期高齢者医療 長期入院該当適用申請 却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 6 7 条第 1 項及び後期高齢者医療の食事療養費標準負担額及び生活療養費標準負担額（平成 1 9 年厚生労働省告示第 3 9 5 号）の規定に基づく長期入院該当の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、大阪府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、大阪府後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、大阪府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。

〒  
住所

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   | 年 月 日 |      |  |  |  |  | 電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |

|                                    |                                |
|------------------------------------|--------------------------------|
| 他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けておられますか |                                |
| 受けている (制 度 名 ー ) (費用徴収の 有 ・ 無)     |                                |
| 受けていない                             |                                |
| 発病又は負傷<br>の理由                      | 1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等） |

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<br>込<br>先        | 銀 行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合<br>( ) | 本 店 ・ 支 店<br>( ) |  |  |  |  |  | 預<br>金<br>種<br>別 | 普<br>通<br>当<br>座<br><br>( ) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                    |                                    |                  |  |  |  |  |  |                  |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座番号等<br>左詰記載して下さい |                                    |                  |  |  |  |  |  |                  |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人<br>(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、高額療養費の支給を申請します。     |                                     | 年 月 日 |
| 大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛          |                                     |       |
| 申請者（被保険者又は相続人代表）           |                                     |       |
| 郵便番号 住 所                   |                                     |       |
| 氏 名 電話番号                   |                                     |       |
| 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) |                                     |       |

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         |       | 1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他           |       |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 葬祭<br>執行<br>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<br>込<br>先        | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合<br>( ) | 本店・支店<br>( ) |  |  |  |  |  | 預<br>金<br>種<br>別 | 普通<br>当座<br><br>( ) |  |  |  |
|                    |                                   |              |  |  |  |  |  |                  |                     |  |  |  |
| 口座番号等<br>左詰記載して下さい |                                   |              |  |  |  |  |  |                  |                     |  |  |  |
| 口座名義人<br>(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。

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

年 月 日

申請者 郵便番号 住 所

氏 名

死亡者との続柄 連絡先電話番号

|                            |                                |
|----------------------------|--------------------------------|
| 委任状欄                       | 年 月 日 (口座名義人)                  |
|                            | 上記葬祭費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) |                                |

様

大阪府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りませんので、下記のとおり支払いを一時差止めします。

差止事由に係る保険料を完納した場合は、一時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

円

#### 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第9条第1項又は、  
高齢者の医療の確保に関する法第9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  
納期限 年 月 日

円

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、「特別の事情に関する届書」を提出してください。

#### 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3か月以内に、大阪府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、大阪府後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、大阪府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

大阪府後期高齢者医療広域連合長 印

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医療給付につきまして、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。

高齢者の医療の確保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第9 2 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医療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 |
| 給付額合計 |    |    | 円      | 控除保険料合計 |      |    | 円       |       |

滞納保険料控除後の医療給付費支給額 (A－B)

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3 か月以内に、大阪府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、大阪府後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、大阪府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。

後期高齢者医療一部負担金免除申請書

|         |  |        |  |
|---------|--|--------|--|
| 届 出 者 名 |  | 本人との関係 |  |
| 連絡先電話番号 |  |        |  |

|                  |         |       |
|------------------|---------|-------|
| 被 保 険 者 番 号      |         |       |
| 被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ    |       |
|                  | 氏 名     |       |
|                  | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
|                  | 住 所     | 〒 ー   |
| 傷 病 名            |         |       |
| 発病又は負傷年月日        |         | 年 月 日 |
| 減 免 等 種 類        |         | 免 除   |
| 申 請 の 理 由        |         |       |

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

後期高齢者医療一部負担金徴収猶予申請書

|         |  |        |  |
|---------|--|--------|--|
| 届 出 者 名 |  | 本人との関係 |  |
| 連絡先電話番号 |  |        |  |

|                  |         |         |
|------------------|---------|---------|
| 被 保 険 者 番 号      |         |         |
| 被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ    |         |
|                  | 氏 名     |         |
|                  | 生 年 月 日 | 年 月 日   |
|                  | 住 所     | 〒 ー     |
| 傷 病 名            |         |         |
| 発病又は負傷年月日        |         | 年 月 日   |
| 減 免 等 種 類        |         | 徴 収 猶 予 |
| 申 請 の 理 由        |         |         |

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徴収猶予を申請します。

年 月 日

後期高齢者医療一部負担金免除証明書

|                  |         |                    |
|------------------|---------|--------------------|
| 被 保 険 者 番 号      |         |                    |
| 被<br>保<br>険<br>者 | 住 所     |                    |
|                  | 氏 名     |                    |
|                  | 生 年 月 日 | 年 月 日              |
| 有 効 期 間          |         | 自 年 月 日<br>至 年 月 日 |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

大阪府後期高齢者医療広域連合長 印

## 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

年 月 日

有 効 期 間

自 年 月 日

至 年 月 日

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

大阪府後期高齢者医療広域連合長 印

年 月 日

様

大阪府後期高齢者医療広域連合長 印

## 後期高齢者医療一部負担金免除申請却下通知書

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免除申請については、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   | 年 月 日 |
| 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 3 か月以内に、大阪府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、大阪府後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、大阪府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

大阪府後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療一部負担金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  | 年 月 日 |
| 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 3 か月以内に、大阪府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、大阪府後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、大阪府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。

様式第 28 号  
年 月 日

様

大阪府後期高齢者医療広域連合長 印

### 後期高齢者医療一部負担金免除取消通知書

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免除については、下記の理由により取消しましたので通知します。

|           |       |
|-----------|-------|
| 被保険者番号    |       |
| 氏 名       |       |
| 取 消 年 月 日 | 年 月 日 |
| 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 3 か月以内に、大阪府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、大阪府後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、大阪府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

大阪府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取消通知書

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徴収猶予については、下記の理由により取消しましたので通知します。

|           |       |
|-----------|-------|
| 被保険者番号    |       |
| 氏 名       |       |
| 取 消 年 月 日 | 年 月 日 |
| 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 3 か月以内に、大阪府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、大阪府後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、大阪府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

大阪府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 \_\_\_\_\_

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第 17 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

|        |     |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
|--------|-----|--|--|--|--|--|--|--|------|--|
| フリガナ   |     |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| 氏 名    |     |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| 住 所    | 〒 ー |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| 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

|      |               |                                                                          |
|------|---------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 条例該当 | 1             | 震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、被保険者が主たる居住の用に供している住宅、被保険者の家財その他の財産について著しい損害を受けた |
|      | 2             | 被保険者又は連帯納付義務者の収入が、事業の不振、休業又は廃止、失業等の理由により、著しく減少した                         |
|      | 3             | 被保険者が、法第 89 条に規定される刑事施設、労役場その他これらに準ずる施設に拘禁された                            |
|      | 4             | 資力があると見込まれる被保険者が、その資力の活用ができない状態で急患等として保険医療機関又は保険薬局を受診した                  |
|      | 5             | その他<br>( )                                                               |
| 猶予金額 | 円             |                                                                          |
| 猶予期間 | 年 月 日から 年 月 日 |                                                                          |

3 申請理由

年 月 日

様

大阪府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通知書

さきに申請がありました 年度分保険料の徴収猶予については、  
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 |     |
| 徴収猶予決定年月日 |      |        |     |
| 決 定 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 3 か月以内に、大阪府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、大阪府後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、大阪府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。

年 月 日

様

大阪府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却下通知書

さきに申請がありました 年度分保険料の徴収猶予については、次のとおり却下しましたので通知します。

|        |  |        |  |
|--------|--|--------|--|
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
|--------|--|--------|--|

|           |  |
|-----------|--|
| 徴収猶予却下年月日 |  |
| 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3か月以内に、大阪府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、大阪府後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、大阪府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。

年 月 日

様

大阪府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 日付で決定しました 年度分保険料の徴収猶予については、  
次のとおり取消しま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 | 取消前徴収猶予期間 | 取消後納期限 | 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 3 か月以内に、大阪府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、大阪府後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、大阪府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。

## 大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

被保険者との関係

記

|        |          |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
|--------|----------|--|--|--|--|--|--|--|------|--|
| フリガナ   |          |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| 氏 名    |          |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| 住 所    | 〒      ー |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| 被保険者番号 |          |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |
| 世帯主氏名  |          |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| 世帯主住所  |          |  |  |  |  |  |  |  |      |  |

|                   |   |                                                                          |        |    |
|-------------------|---|--------------------------------------------------------------------------|--------|----|
| 条例該当              | 1 | 震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、被保険者が主たる居住の用に供している住宅、被保険者の家財その他の財産について著しい損害を受けた |        |    |
|                   | 2 | 被保険者又は連帯納付義務者の収入が、事業の不振、休業又は廃止、失業等の理由により、著しく減少した                         |        |    |
|                   | 3 | 被保険者が、法第89条に規定される刑事施設、労役場その他これらに準ずる施設に拘禁された                              |        |    |
|                   | 4 | その他（ ）                                                                   |        |    |
| 減免額を算定する月割の基となる期間 |   | ヶ月                                                                       | 賦課対象月数 | ヶ月 |
| 減免率               | % | 減免前保険料額                                                                  | 円      |    |
| 減免額               | 円 | 減免後保険料額                                                                  | 円      |    |

|  |
|--|
|  |
|--|

年 月 日

様

大阪府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     |  |
|           |  | 被 保 険 者 番 号 |  |
| 決 定 年 月 日 |  | 決 定 減 免 額   |  |
| 減免前保険料額   |  | 減免後保険料額     |  |
| 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3か月以内に、大阪府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、大阪府後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、大阪府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。

年 月 日

様

大阪府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     |  |
|             |  | 被 保 険 者 番 号 |  |
| 決 定 年 月 日   |  | 決 定 減 免 額   |  |
| 減免前保険料額     |  | 減免後保険料額     |  |
| 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3か月以内に、大阪府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、大阪府後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、大阪府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。

年 月 日

様

大阪府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     |  |
|             |  | 被 保 険 者 番 号 |  |
| 決 定 年 月 日   |  | 決 定 減 免 額   |  |
| 減免前保険料額     |  | 減免後保険料額     |  |
| 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 3 か月以内に、大阪府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、大阪府後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、大阪府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。

年 月 日

様

大阪府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       |  |
| 決 定 年 月 日 |               |           | 被 保 険 者 番 号   |  |
|           | 減 免 前 保 険 料 額 | 決 定 減 免 額 | 減 免 後 保 険 料 額 |  |
| 変 更 前     |               |           |               |  |
| 変 更 後     |               |           |               |  |
| 変 更 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3か月以内に、大阪府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、大阪府後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、大阪府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。

(表)

|             |                                                                  |      |
|-------------|------------------------------------------------------------------|------|
|             | 9センチメートル                                                         |      |
| 5. 5センチメートル | 第 号                                                              |      |
|             | 徴 収 職 員 証                                                        |      |
|             | 所属<br>職氏名                                                        | 写真貼付 |
|             | 年 月 日<br>生<br>年 月 日 発行<br>大阪府後期高齢者医療広域連合長<br>印<br>(本証有効期限 年 月末日) |      |

(裏)

- |                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1 本証は、保険料を除く徴収金の滞納処分を行う場合は、必ず携帯しなければならない。</p> <p>2 本証は、関係人の請求があったときは、いつでもこれを提示しなければならない。</p> <p>3 本証は、他人に貸与し、又は譲渡してはならない。</p> <p>4 有効期限が満了したとき、又は退職その他により不要となったときは、直ちに返還しなければならない。</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|