

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 省令第 16 条第 2 項の有効期限は、7 月 31 日（交付日が 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。

- 2 広域連合長は、毎年 8 月 1 日に資格確認書の更新又は資格情報通知書の通知（以下、「資格確認書等の更新等」という。）をするものとし、その有効期限は、翌年の 7 月 31 日とする。

（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、資格確認書又は資格情報通知書（以下、「資格確認書等」という。）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には、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。

（高額療養費（外来年間合算）の支給申請等）

第15条の2 省令第70条の2第1項に規定する申請書は、高額療養費（外来年間合算）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書（様式第21号の2）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、高額療養費（外来年間合算）支給決定通知書（様式第21号の3）又は高額療養費（外来年間合算）不支給決定通知書（様式第21号の4）により当該申請者に通知するものとする。

（自己負担額証明書の交付申請等）

第15条の3 省令第70条の3第1項及び第5項に規定する申請書は、高額療養費（外来年間合算）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書によるものとする。

2 前項の申請書の提出があった場合において、自己負担額を証明するときは、大阪府後期高齢者医療高額療養費（外来年間合算）自己負担額証明書（様式第21号の5）を交付する。

（高額介護合算療養費等の支給申請等）

第15条の4 省令第71条の9第1項に規定する申請書は、高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書（様式第21号の6）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、高額介護合算療養費支給決定通知書（様式第21号の7）又は高額介護合算療養費不支給決定通知書（様式第21号の8）により当該申請者に通知するものとする。

（自己負担額証明書の交付申請等）

第15条の5 省令第71条の10第1項及び第4項に規定する申請書は、高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書によるものとする。

2 前項の申請書の提出があった場合において、自己負担額を証明するときは、大阪府後期高齢者医療高額介護合算療養費等自己負担額証明書（様式第21号の9）を交付する。

（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るときは、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、将来にわたつ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つたとき。

(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つたと認めるときは、将来にわたつ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項の規定に基づき督促を実施し、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「見込所得減少率」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

(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、その徴収猶予を取り消すものとする。ただし、広域連合長が特に必要と認めるときは、その徴収猶予の期間又は額を変更することができる。

- (1) 第21条第2項の規定による徴収猶予を受けた者の見込所得減少率が30%未満になることが判明したとき。
- (2) 第21条第2項の規定による徴収猶予を受けた者について、賦課の基となる年の基礎控除後の総所得金額等から当該徴収猶予の申請月の属する年の基礎控除後の総所得金額等の実際の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%未満になることが判明したとき。

(3) 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。

(4) 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又は変更をしたときは、その取消し又は変更を後期高齢者医療保険料徴収猶予取消(変更)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、基礎賦課額及び子ども・子育て支援納付金賦課額のそれぞれに別表第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の合計額とする。

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項の減免率を乗じて得た額に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、基礎賦課額及び子ども・子育て支援納付金賦課額のそれぞれの所得割の額に別表第3左欄に掲げる見込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の合計額とする。

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項の基礎賦課額及び子ども・子育て支援納付金賦課額のそれぞれに算出した減免額に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基礎賦課額が、条例第10条に規定する賦課限度額を超えるときは、当該賦課限度額を基礎賦課額とし、第1項の規定により算定した減免額を控除した子ども・子育て支援納付金賦課額が、条例第10条の7に規定する賦課限度額を超えるときは、当該賦課限度額を子ども・子育て支援納付金賦課額とする。
- 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 第26条の規定は、減免を取り消す場合について準用する。この場合において、同条第1項各号列記以外の部分中「第17条第3項」とあるのは「第18条第3項」と、「その徴収猶予を取り消すものとする。ただし、広域連合長が特に必要と認めるときは、その徴収猶予の期間又は額を変更することができる」とあるのは「減免を取り消すものとする」と、同項各号中「徴収猶予」とあるのは「減免」と、同条第2項中「徴収猶予」とあるのは「減免」と、「取消し又は変更」とあるのは「取消し」と、「後期高齢者医療保険料徴収猶予取消(変更)通知書(様式第32号)」とあるのは「後期高齢者医療保険料減免取消通知書(様式第36号)」と、読み替えるものとする。

(減免の変更)

第33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13条第2項に該当し、保険料額が変更されたとき。
- (3) 見込所得減少率による別表第3右欄の減免率と、所得減少率に

よる同表同欄の減免率が異なるとき。

(4) 前3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37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34条 条例第19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35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36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38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37条 法第112条において準用する地方税法第20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年にあつては、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 25 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。

（経過措置）

2 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、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11号、様式第15号及び様式第21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5年規則第16号)

この規則は、公布の日から施行する。

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14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13条までの改正規定は、令和6年12月2日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際、現に交付されている健康保険の被保険者証は、その有効期限が到来するまでの間、改正後の大阪府後期高齢者医療広域連合後期高齢者の医療に関する条例施行規則の本人等確認書類又は請求者本人であることを証明するために必要な書類として使用することができる。

3 改正前の様式第1号、様式第2号及び様式第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、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7年規則第4号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (令和7年規則第12号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (令和8年規則第3号)

(施行期日)

1 この規則は、令和8年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際、現にあるこの規則による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る用紙は、当分の間、所要の調整の上、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。

(特例の適用)

3 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の一部を改正する条例（令和8年大阪府後期高齢者医療広域連合条例第1号）附則第3項に規定する保険料の減免の特例は、申請によらず適用するものとする。

別表第 1 (第 18 条関係)

対象期間	免除基準率
令和元年 10 月 1 日から令和 2 年 9 月 30 日まで	990 / 870
令和 2 年 10 月 1 日以降	1,155 / 1,000

別表第 2 (第 21 条、第 27 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	100%
2	半焼又は半壊若しくは中規模半壊	70%
3	火災による水損又は床上浸水	50%

別表第 3 (第 28 条、第 33 条の 2 関係)

	見込所得減少率又は所得減少率	減免率
1	70%以上	70%
2	60%以上70%未満	60%
3	50%以上60%未満	50%
4	40%以上50%未満	40%
5	30%以上40%未満	30%

受 付 日

(表)

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 <input type="checkbox"/> 老人保健からの障害認定継続のため <input type="checkbox"/> 障害認定が継続されたため <input type="checkbox"/> 転入前に障害認定されたため <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 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> A1・ <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 <input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 国民年金証書 <input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級 <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
 上記のとおり関係書類を添えて申請いたします。
 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)

()

※ 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

受付日

(表)
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) 氏名					1 新規 <input type="checkbox"/> 75歳に到達 <input type="checkbox"/> 他の市町村から転入 <input type="checkbox"/> 法第51条に非該当 <input type="checkbox"/> 法第55条該当 <input type="checkbox"/> 法第55条の2該当 <input type="checkbox"/> その他()		
生年月日	年	月	日生	性別				年
住所・居住地 (施設名及び 施設所在地)						上記の事由発生年月日 (. .)		
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					2 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 同一市町村内の転居 <input type="checkbox"/> 世帯・世帯主の変更 <input type="checkbox"/> 法第55条第2項適用 <input type="checkbox"/> 法第55条の2第2項適用 <input type="checkbox"/> 継続居住地変更 <input type="checkbox"/> その他()		
世帯主	氏名						上記の事由発生年月日 (. .)	
	性別							
	生年月日	年	月	日生	年	月	日生	
	個人番号							
同一世帯の 他の被保険者 (有・無)	氏名	被保険者番号	氏名	被保険者番号	3 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他の市町村への転出 <input type="checkbox"/> 法第50条第2号非該当 <input type="checkbox"/> 法第51条該当 <input type="checkbox"/> 法第55条不適用 <input type="checkbox"/> 法第55条の2不適用 <input type="checkbox"/> その他()			

理由:

上記のとおり関係書類を添えて届出いたします。

年 月 日

住所

(居住地)

氏名

(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)

()

※ 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

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 被保険者	フリガナ 氏名							生年月日	年	月	日
個人番号											
住所											

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

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あわせて必要です

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

年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

被保険者 住所
氏名
電話番号 (- -)

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													生年月日	年 月 日						
住 所	〒 - -																			
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 保 険 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				
	住 所	〒 ー									
	個人番号										

<本人確認欄> <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 賦課決定通知書 <input type="checkbox"/> 納入通知書 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 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 

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Ⅱ	基準額未満Ⅰ	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Ⅱ	基準額未満Ⅰ	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Ⅱ	基準額未満Ⅰ	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Ⅱ	基準額未満Ⅰ	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Ⅱ	基準額未満Ⅰ	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 印

後期高齢者医療基準収入額適用申請書

受 付 日

届 出 者 名		本人との 関係	
届 出 者 住 所		連絡先 電話番号	

住 所	
電 話 番 号	

被 保 険 者 番 号				
個 人 番 号				
フ リ ガ ナ				
氏 名				
生 年 月 日				
年 中 の 収 入	公 的 年 金 (老齡基礎年金、老齡厚 生年金、退職共済年金 、老齡年金、退職年金 等)	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	給 与 (パート収入等含)	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	年 金 ・ 給 与 以 外 の 収 入 () 収 入	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	合 計	_____ 円	_____ 円	_____ 円

(注)


- ・ 市区町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人及び同じ世帯におられる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

様

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

診療を受けた医療機関等の所在地			
入院日数	年 月 日 から	年 月 日 まで	日間 回
入院に際して受けた食事療養に対し支払った額 (標準負担額)			円
減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由			
発病又は負傷の理由	1: 第三者行為 (交通事故等) 2: その他 (自損事故・疾病等)		

差額	イ (-) 円 × () 回 = () 円	合計	
支払	ロ (-) 円 × () 回 = () 円		
給	ハ (-) 円 × () 回 = () 円		
	ニ 却下 (理由)		

下記「ア」「イ」のどちらかに○をつけ、必要事項を記入してください。
※「ア」と「イ」両方に記入されている場合は、「イ」に記入されている口座を振込先口座として登録します。

振込先	ア	公金受取口座を振込先に指定します。	※被保険者本人が受け取る場合に限り指定できます。 ※マイナポータル等で登録されている方に限り指定できます。			
	イ	以下の口座を振込先に指定します。	※「ア 公金受取口座」を選択された場合は記入不要です。 ※申請者以外の口座名義の場合は、委任状欄も記入してください。			
	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	店名	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座 その他 ()
	口座番号		網掛け部は記入不要です。			該当するものに○をつけてください。
口座名義 (カタカナ)						

口座名義は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食事療養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 (被保険者または相続人代表者)

郵便番号 住所


氏名 連絡先

下記委任状欄を記入する場合、申請者が手書きまたは記名押印してください。

委任状欄	上記食事療養差額の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。	委任者(申請者) (記入日) 年 月 日
	<u>受任者(口座名義人)</u> 〒 -	住所: 同上
	住所	氏名 申請者が手書きまたは記名押印してください。
	氏名	

年 月 日

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決定通知書

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。

記

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 根拠となる年月等 年 月 日
4. 支給金額
5. 支払予定日 年 月 日
6. 支払方法

※ 口座番号及び口座名義人につきましては、個人情報保護のため印字しておりませんのでご了承ください。また、この決定通知は、広域連合からのお支払をご通知するもので、医療費等を納めていただく請求書ではありません。

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 齢 者 医 療 療 養 費 等 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号		個人番号			
被保険者番号		療 養 を 受 け た	被保険者氏名		
公費負担者番号			生年月日	年 月 日	
公費受給者番号			入外	割合	割
診療年月	年 月	療 養 期 間	年 月 日 から		
診療日数	日		年 月 日 まで		

種 類					
傷 病 名					
診療を受けた医療機関等の所在地					
診療を受けた医療機関名又は施術師					
支給申請をした理由	1: 負担区分誤り		2: 装具装着		
発病又は負傷の理由	3: その他(急病等) ()		3: 業務上の事故		
	1: 第三者行為(交通事故等)		2: 自損事故・疾病等		3: 業務上の事故
	4: その他 ()				

療養に要した費用額		食 事 回 数			
審査認定額		療養に要した費用額			
一部負担金		食事標準負担額			
支給金額					

下記「ア」「イ」のどちらかに○をつけ、必要事項を記入してください。

※「ア」と「イ」両方に記入されている場合は、「イ」に記入されている口座を振込先口座として登録します。

振 込 先	ア	公金受取口座を振込先に指定します。	※被保険者本人が受け取る場合に限り指定できます。 ※マイナポータル等で登録されている方に限り指定できます。			
	イ	以下の口座を振込先に指定します。	※「ア 公金受取口座」を選択された場合は記入不要です。 ※申請者以外の口座名義の場合は、委任状欄も記入してください。			
	金 融 機 関 名	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	店 名	本店・支店 ()	預 金 種 別	普 通 当 座 其 他 ()
	口 座 番 号	網掛け部は記入不要です。			該当するものに○をつけてください。	
	口 座 名 義 (カタカナ)					

口座名義は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(被保険者または相続人代表者)

郵便番号 住所

氏 名 連絡先

下記委任状欄を記入する場合、申請者が手書きまたは記名押印してください。

委任状欄	上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。	
	受任者(口座名義人) 〒 - 住 所 氏 名	委任者(申請者) (記入日) 年 月 日 住 所: 同上 氏 名 申請者が手書きまた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 関係	
届出者住所		連絡先 電話番号	

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																			
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

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62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)者名		本人との関係	
申請(届出)住所		連絡先電話番号	
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		

〈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			
<ul style="list-style-type: none"> ・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 

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 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。

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					

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けておられますか
 受けている (制 度 名 ー) (費用徴収の 有 ・ 無)
 受けていない

発症又は負傷の理由 1: 第三者行為 (交通事故等) 2: その他 (自損事故・疾病等)

下記「ア」「イ」のどちらかに○をつけ、必要事項を記入してください。
 ※「ア」と「イ」両方に記入されている場合は、「イ」に記入されている口座を振込先口座として登録します。

振 込 先	ア	公金受取口座を 振込先に指定します。	※被保険者本人が受け取る場合に限り指定できます。 ※マイナポータル等で登録されている方に限り指定できます。									
	イ	以下の口座を 振込先に指定します。	※「ア 公金受取口座」を選択された場合は記入不要です。 ※申請者以外の口座名義の場合は、委任状欄も記入してください。									
	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	店名	本店・支店 ()				預金種別	普通 当座 その他 ()			
	口座番号	網掛け部は記入不要です。該当するものに○をつけてください。										
	口座名義 (カタカナ)											

口座名義は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。
 大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛 年 月 日
 申請者 (被保険者または相続人代表者)

郵便番号 住所

氏 名 電話番号

下記委任状欄を記入する場合、申請者が手書きまたは記名押印してください。


委任状欄	上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。	
	<u>受任者(口座名義人)</u>	<u>委任者(申請者)</u> (記入日)
	住所	住所: 同上 年 月 日
	氏 名	氏 名 申請者が手書きまたは記名押印してください。

高額療養費(外来年間合算)支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	年度	申請区分	1.新規	2.変更	3.取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号		
申請形態	1.計算期間末日以降申請(期間中死亡・生保適用・海外移住者なし)			2.計算期間末日以降申請(期間中死亡者あり)		3.計算期間末日以降申請(期間中生保適用・海外移住者あり)		4.死亡・海外移住等計算期間中申請	
氏名	生年月日			個人番号 (マイナンバー)					
				計算期間の始期及び終期					
国民健康保険資格情報									
保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	続柄		保険者名称	加入期間			
			1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員						
後期高齢者医療資格情報									
保険者番号	被保険者番号			広域連合名称		加入期間			
39270004				大阪府後期高齢者医療広域連合		年 月 日 ~ 年 月 日			
振 込 先	下記「ア」「イ」のどちらかに○をつけ、必要事項を記入してください。 ※「ア」と「イ」両方に記入されている場合は「イ」に記入されている口座を振込先口座として登録します。								
	ア	公金受取口座を振込先に指定します。			※被保険者本人が受け取る場合に限り指定できます。 ※マイナポータル等で登録されている方に限り指定できます。				
	イ	以下の口座を振込先に指定します。			※「ア 公金受取口座」を選択された場合は記入不要です。				
		金融機関名	金融機関コード	店名	店舗コード	預金種別	口座番号		口座名義(カタカナ)
	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()		本店 支店 ()		普通 当座 その他 ()				
保 険 者 加 入 歴	保険者名	加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号			備考欄	
	1								
	2								
	3								
	4								
※記入する保険者加入歴において、ご自身が被用者保険の「被扶養者」や国民健康保険の「世帯員」であった場合、「備考欄」に加入時の「被保険者」、「世帯主」の氏名、生年月日、現住所を記入してください。									
大阪府後期高齢者医療広域連合 宛					年 月 日				
① 上記対象者について、高額療養費(外来年間合算)の支給を申請します。					申請者(被保険者または相続人代表者)				
② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。					郵便番号 住所				
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。					氏 名				
高額療養費(外来年間合算)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。					連絡先 裏面委任状を記入する場合、申請者が 手書きまたは記名押印してください。				
※本申請書をもって、保険加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。 はい/いいえ					太枠で囲まれたところを記入してください。相続人代表者が申請される場合は裏面誓約書への記入、 口座名義を申請者以外にされる場合は裏面委任状への記入が必要です。				

保 険 者	

様

大阪府後期高齢者医療広域連合長 

高額療養費（外来年間合算）支給決定通知書

高額療養費（外来年間合算）の支給について、下記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	
-------------	--	-------------	--

計 算 対 象 期 間			
申 請 年 月 日		決 定 年 月 日	
計 算 対 象 期 間 中 の 自 己 負 担 額 の 合 計 額		支 給 額	
給 付 の 種 類			
備 考			

支 払 予 定 日

支 払 方 法

金融機関名
支店名

※ 口座番号及び口座名義人につきましては、個人情報保護のため印字しておりませんので
ご了承ください。また、この決定通知書は、広域連合からお支払いをご通知するもので、
医療費等を納めていただく請求書ではありません。

不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、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。

保 険 者	

様

大阪府後期高齢者医療広域連合長 印

高 額 療 養 費 （ 外 来 年 間 合 算 ） 不 支 給 決 定 通 知 書

高額療養費（外来年間合算）の支給について、下記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	
計 算 対 象 期 間			
申 請 年 月 日		決 定 年 月 日	
計 算 対 象 期 間 中 の 自 己 負 担 額 の 合 計 額		支 給 額	
給 付 の 種 類			
不 支 給 の 理 由			
備 考			

不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、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。

保 険 者	

様

大阪府後期高齢者医療広域連合長 印

大阪府 後期高齢者医療 高額療養費（外来年間合算）自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ			
氏名			
生年月日			
自己負担額証明書整理番号			
保険者番号	証明対象年度	年度	
被保険者番号			
対象となる計算期間			
計算期間において被保険者であった期間			
診療年月	自己負担額	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; transform: rotate(45deg);"></div>	
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
計			

※自己負担額については、負担割合が1割又は2割である外来の自己負担額を月ごとに合算し、高額療養費の支給額を差し引いて計算しています。

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	年度	申請区分	1.新規	2.変更	3.取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号		
申請形態	1.計算期間末日以降申請(期間中死亡・生保適用・海外移住者なし)		2.計算期間末日以降申請(期間中死亡者あり)		3.計算期間末日以降申請(期間中生保適用・海外移住者あり)		4.死亡・海外移住等計算期間中申請		
氏名	生年月日	個人番号 (マイナンバー)						計算期間の始期及び終期	
		後期高齢者医療資格情報							
保険者番号	被保険者番号		広域連合名称			加入期間			
39270004			大阪府後期高齢者医療広域連合			年 月 日 ~ 年 月 日			
介護保険資格情報									
保険者番号	被保険者番号		保険者名称			加入期間			
						年 月 日 ~ 年 月 日			
国民健康保険資格情報									
保険者番号	被保険者記号	被保険者番号		続柄	保険者名称		加入期間		
口座管理番号	下記「ア」、「イ」のどちらかに○をつけ、必要事項を記入してください。 ※「ア」と「イ」両方に記入されている場合は、「イ」に記入されている口座を振込先として登録します。								振込先管理番号
	ア	公金受取口座を振込先に指定します。		※ 被保険者本人が受け取る場合に限り指定できます。 ※ マイナポータル等で登録されている方に限ります。					
イ	以下の口座を振込先に指定します。		※「ア 公金受取口座」を選択された場合は、記入不要です。					01	
		金融機関名	金融機関コード	店名	店舗コード	預金種別	口座番号		口座名義(カタカナ)
		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()		本店 支店 ()		普通 当座 その他 ()			
保険者加入歴	1	保険者名	加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号		資格喪失日	備考欄	
	2						年 月 日		
	3						資格喪失事由		
	4						1.死亡 2.海外移住 3.生活保護受給		

網掛け部は記入不要です。

市長 宛
大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

- ① 上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給を申請します。
- ② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。
- ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。
- 高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。
- ※本申請書をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。 はい/いいえ

太枠で囲まれたところを記入してください。相続人代表者が申請される場合は裏面誓約書への記入、口座名義を申請者以外にされる場合は裏面委任状への記入が必要です。

年 月 日

申請者(被保険者または相続人代表者)

郵便番号 _____ 住所 _____


氏名 _____

連絡先 _____

裏面委任状を記入する場合、申請者が手書きまたは記名押印してください。

	人中		人目		枚中		枚目
--	----	--	----	--	----	--	----

様

大阪府後期高齢者医療広域連合長 

高額介護合算療養費支給決定通知書

先に申請のありました高額介護合算療養費支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

なお、介護の支給額がある場合は、別途通知される予定です。

被保険者氏名		被保険者番号	
計算対象期間			
申請年月日		決定年月日	
計算対象期間中の自己負担額の合計額		支給額	
給付の種類			
不支給の理由			
備考			

支払予定日

支払方法

金融機関名
支店名


※ 口座番号及び口座名義人につきましては、個人情報保護のため印字しておりませんのでご了承ください。また、この決定通知書は、広域連合からお支払いをご通知するもので、医療費等を納めていただく請求書ではありません。

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 

高額介護合算療養費不支給決定通知書

先に申請のありました高額介護合算療養費支給について、下記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	
計算対象期間			
申請年月日		決定年月日	
計算対象期間中の自己負担額の合計額		支給額	
給付の種類			
不支給の理由			
備考			

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

大阪府 後期高齢者医療 高額介護合算療養費等 自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ			
氏名			
生年月日			
自己負担額証明書整理番号			
保険者番号	証明対象年度	年度	
被保険者番号			
対象となる計算期間			
計算期間において被保険者であった期間			
診療年月	自己負担額	摘要	
年 月		<div style="position: relative; width: 100%; height: 100%; border: 1px solid black;"> </div>	
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
計			

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		
葬祭執行者	葬 祭 日	年 月 日
	住 所	
	氏 名	
	連 絡 先	

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	店 名	本店・支店 ()						預金種別	普通 当座 その他 ()

口座番号								網掛け部は記入不要です。				該当するものに○をつけてください。			
口座名義 (カタカナ)															

口座名義は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。

上記のとおり葬祭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 郵便番号 - 住所 (葬祭執行者)
氏名 _____ 死亡者との続柄 () 連絡先 _____
下記委任状欄を記入する場合、申請者が手書きまたは記名押印してください。

委任状欄	上記葬祭費の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。	
	<u>受任者(口座名義人)</u> 〒 - 住 所 _____ 氏 名 _____	<u>委任者(申請者)</u> (記入日) 年 月 日 住 所: 同上 氏 名 _____ <small>申請者が手書きまたは記名押印してください。</small>

年 月 日

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られませんので、下記のとおり支払いを一時差止めます。

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くだ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

円

5) 上記のうち支払いの

一時差止をする額

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 2 条第 1 項又は、
高齢者の医療の確保に関する法第 9 2 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

円

納期限

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92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
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 保 険 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 保 険 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 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 

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。

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	そ の 他 ()	
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（変更）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（変更）しましたので通知します。

被保険者氏名				被保険者番号	
徴収猶予取消 (変更) 年月日					
取 消 (変 更) 理 由					
納 期	保険料額	取消 (変 更) 前 徴収猶予期間	取消 (変 更) 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。

後期高齢者医療保険料減免申請書

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 18 条の規定により、次のとおり後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

記

1 被保険者等

フリガナ									
氏名									
住所	〒 —								
被保険者番号								電話番号	
世帯主氏名									
世帯主住所									

2 保険料の額等

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	%	
①減免前保険料額		円	②減免額		円	③減免後保険料額 (①-②)	円
医療分	円	医療分	円	医療分	円		
子ども分	円	子ども分	円	子ども分	円		

3 申請理由

--

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。

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


氏名	年度区分				
決定年月日	被保険者番号				
①減免前 保険料額	円	②決定 減免額	円	③減免後 保険料額 (①-②)	円
医療分	円	医療分	円	医療分	円
子ども分	円	子ども分	円	子ども分	円
減免理由					

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 

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	
決定年月日		被保険者番号	
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。

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

氏名				年度区分	
決定年月日				被保険者番号	
①減免前 保険料額	円	②決定 減免額	円	③減免後 保険料額 (①-②)	円
医療分	円	医療分	円	医療分	円
子ども分	円	子ども分	円	子ども分	円
減 免 取 消 理 由					

不服申立て及び取消訴訟

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、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。

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

氏 名				年度区分		
決定 年月日				被保険者番号		
変更前	①減免前 保険料額	円	②決定 減免額	円	③減免後 保険料額 (①-②)	円
	医療分	円	医療分	円	医療分	円
	子ども分	円	子ども分	円	子ども分	円
変更後	①減免前 保険料額	円	②決定 減免額	円	③減免後 保険料額 (①-②)	円
	医療分	円	医療分	円	医療分	円
	子ども分	円	子ども分	円	子ども分	円
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 職氏名	写真貼付
	年 月 日生 年 月 日 発行 大阪府後期高齢者医療広域連合長 印 (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>
