

大阪府後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例施行規則の一部を  
改正する規則をここに公布する。

令和8年3月31日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 野田 義和



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。

（災害による保険料の減免）

第27条 （略）

- 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

（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、高額介護合算療養費支給申請書（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。

**【新設】**

（災害による保険料の減免）

第27条 （略）

- 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。

る減免率を乗じて得た額の合計額とする。

3 (略)

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 (略)

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 (略)

3 (略)

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とする。

2 (略)

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 (略)

様式第11号を次のように改める。

様式第11号（第7条関係）

様式第11号

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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
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												
診療を受けた医療機関等												
入院日数	年 月 日 から			年 月 日 まで			日間	回				
入院に際して受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）											円	
減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由												
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等）					2：その他（自損事故・疾病等）						
差額支給	イ（ - ）円 × （ ）回 = （ ）円	ロ（ - ）円 × （ ）回 = （ ）円		ハ（ - ）円 × （ ）回 = （ ）円		ニ 却下（理由）		合 計		-		
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	<b>公金受取口座を振込先に指定します。</b>			※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	<b>以下の口座を振込先に指定します。</b>			※「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。											
	受任者(口座名義人)						委任者(申請者)					
	住所 _____						住所： 同上					
氏 名 _____						氏 名 _____						
						(記入日) 年 月 日						
						申請者が手書きまたは記名押印してください。						

様式第15号を次のように改める。

様式第15号（第9条関係）

様式第15号

後期高齢者医療 療養費等支給申請書												
受付日 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		割合		
診療年月	年 月			療養期間		年 月 日 から						
診療日数	日					年 月 日 まで						
種類												
傷病名												
診療を受けた医療機関等の所在地												
診療を受けた医療機関名又は施術師												
支給申請をした理由	1:負担区分誤り 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)					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		<b>公金受取口座を 振込先に指定します。</b>			※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		<b>以下の口座を 振込先に指定します。</b>			※「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 _____ <small>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。</small>												
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。											
	<b>受任者(口座名義人)</b> 〒 _____ 住所 _____ 氏名 _____					<b>委任者(申請者)</b> (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>						

様式第21号を次のように改める。

様式第21号（第15条関係）

様式第21号 年 月 日																				
<b>後期高齢者医療高額療養費支給申請書</b>																				
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 — ) (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)																			
<p style="text-align: center;"><b>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。</b> ※「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。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="width: 20px; text-align: center; vertical-align: middle;">振 込 先</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">ア</td> <td style="width: 30%; padding: 5px;"><b>公金受取口座を 振込先に指定します。</b></td> <td style="padding: 5px;">※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。</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">イ</td> <td style="padding: 5px;"><b>以下の口座を 振込先に指定します。</b></td> <td style="padding: 5px;">※「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。</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">金融機関名</td> <td style="padding: 5px;">銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )</td> <td style="padding: 5px;">店名</td> <td style="padding: 5px;">本店・支店 ( )</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">口座番号</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;">網掛け部は記入不要です。</td> <td style="padding: 5px;">預金種別</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">口座名義 (カタカナ)</td> <td colspan="3" style="padding: 5px;">普通座 その他 ( )</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-size: small;">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。</p>		振 込 先	ア	<b>公金受取口座を 振込先に指定します。</b>	※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	<b>以下の口座を 振込先に指定します。</b>	※「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 ( )	口座番号	網掛け部は記入不要です。		預金種別	口座名義 (カタカナ)	普通座 その他 ( )		
振 込 先	ア		<b>公金受取口座を 振込先に指定します。</b>	※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		<b>以下の口座を 振込先に指定します。</b>	※「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 ( )															
	口座番号	網掛け部は記入不要です。		預金種別																
口座名義 (カタカナ)	普通座 その他 ( )																			
<p>上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: right;">大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 (被保険者または相続人代表者)</p> <p>郵便番号 _____ 住 所 _____</p> <p>氏 名 _____ 電話番号 _____</p> <p style="font-size: x-small;">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。</p>																				
委任状欄	<p>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。</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <u>受任者(口座名義人)</u> 〒 _____ 住 所 _____ 氏 名 _____                 </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <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> </td> </tr> </table>	<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>																	
<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>																			

様式第21号の2を次のように改める。

様式第21号の2（第15条の2関係）

様式第21号の2										
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.被制世帯主 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	<b>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。</b> ※「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 其 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長 宛 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。 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。 ※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					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。					
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。										

様式第21号の2の次に次の7様式を加える。

様式第21号の3（第15条の2関係）

様式第21号の3	
年 月 日	
保 険 者	
様	
大阪府後期高齢者医療広域連合長 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">印</span>	
<b>高 額 療 養 費 （ 外 来 年 間 合 算 ） 支 給 決 定 通 知 書</b>	
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21号の4（第15条の2関係）

様式第21号の4

年 月 日

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）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21号の5 (第15条の3関係)

様式第21号の5

年 月 日

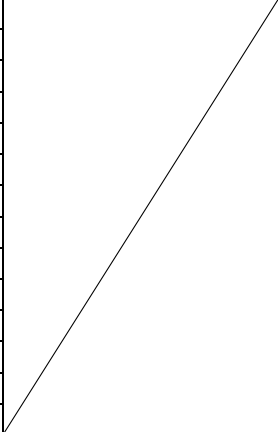
保 険 者	

様

大阪府後期高齢者医療広域連合長 

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		
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。

様式第21号の6 (第15条の4関係)

様式第21号の6

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.取り下げ	(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		
					年 月 日 ~ 年 月 日		
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	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				資格喪失事由		
	3				1.死亡 2.海外移住 3.生活保護受給		
	4						

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
- 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。
  - 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

様式第21号の7（第15条の4関係）

様式第21号の7

年 月 日

様

大阪府後期高齢者医療広域連合長 印

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 21 号の 8 (第 15 条の 4 関係)

様式第 21 号の 8

年 月 日

様

大阪府後期高齢者医療広域連合長 印

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22号を次のように改める。

様式第22号(第16条関係)

様式第22号

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 <span style="float: right;">年 月 日</span>												
申請者 郵便番号 - 住所												
(葬祭執行者)												
氏名 <span style="margin-left: 100px;">死亡者との続柄( )</span> 連絡先												
<small>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。</small>												
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>						<u>委任者(申請者)</u>					
	住所						住所: 同上					
氏名						氏名 <span style="float: right;">(記入日) 年 月 日</span>						
<small>申請者が手書きまたは記名押印してください。</small>												

様式第 3 3 号を次のように改める。

様式第 3 3 号 (第 3 1 条関係)

様式第 33 号							
年 月 日							
<b>後期高齢者医療保険料減免申請書</b>							
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 1 8 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 8 9 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)	
医療分		円	医療分		円	医療分	
子ども分		円	子ども分		円	子ども分	
3 申請理由							

様式第34号を次のように改める。

様式第34号（第32条関係）

様式第34号

年 月 日

様

大阪府後期高齢者医療広域連合長 印

### 後期高齢者医療保険料減免決定通知書

年 月 日付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35号を次のように改める。

様式第35号（第32条第3項関係）

様式第35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36号を次のように改める。

様式第36号（第33条関係）

様式第36号					
年 月 日					
様					
大阪府後期高齢者医療広域連合長 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>					
<b>後期高齢者医療保険料減免取消通知書</b>					
年 月 日付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					
<b>不服申立て及び取消訴訟</b>					
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。					

様式第37号を次のように改める。

様式第37号（第33条の2関係）

様式第37号						
年 月 日						
様						
大阪府後期高齢者医療広域連合長 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>						
<b>後期高齢者医療保険料減免変更決定通知書</b>						
年 月 日付けで申請のあった後期高齢者医療保険料減免処分につきましては、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な。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。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。

附 則

(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。