

青森県後期高齢者医療広域連合告示第7号

平成20年青森県後期高齢者医療広域連合告示第7号においてに定めた、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。）第54条第1項に規定する被保険者の資格の取得又は喪失に係る届出の様式等の一部を次のように改正する。

平成30年2月22日

青森県後期高齢者医療広域連合長 小野寺 晃彦



以下の様式を別紙のとおり改める。

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「施行規則」という。）第37条第2項及び第42条第2項に規定する申請書	第5号様式
施行規則第47条第1項に規定する申請書	第6号様式
施行規則第70条第1項に規定する申請書	第9号様式
青森県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する規則（平成20年青森県後期高齢者医療広域連合規則第5号。）第11条に規定する申請書	第10号様式

第5号様式

後期高齢者医療  
食事療養差額支給申請書

受付日 平成 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
公費受給者番号			年 月 日

減額認定証の内容を記載してください。			
交付区分		適用年月日	年 月 日
交付年月日	年 月 日	長期該当年月日	年 月 日

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

減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由

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	合計
	ロ (    -    ) 円 × (    ) 回 = (    ) 円	
	ハ (    -    ) 円 × (    ) 回 = (    ) 円	
	ニ (    -    ) 円 × (    ) 回 = (    ) 円	
	ホ 却下 (理由:    )	

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。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 (    )	本店・支店 (    )		預金種別	普通 当座 (    )
口座番号等 左詰記載して下さい					
口座名義人 (カタカナ)					

口座名義人はカタカナで上段より左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。

年 月 日

青森県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

連絡先 \_\_\_\_\_

第6号様式

後期高齢者医療  
療養費支給申請書

受付日 平成 年 月 日  
決定日 年 月 日

個人番号											
保険者番号		療養を受けた	被保険者氏名								
被保険者番号			生年月日		年	月	日				
公費負担者番号			入外	入・外	割合	割					
公費受給者番号			療養期間		平成	年	月	日	から		
診療年月	平成	年	月	平成	年	月	日	から			
診療日数		日		平成	年	月	日	まで			

種 類	
傷 病 名	
診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関名又は施術師	
支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	1:第三者行為(交通事故等) 2:その他(自損事故・疾病等)

療養に要した費用額		食 事 回 数	
審査認定額※1		療養に要した費用額	
一部負担金		食事標準負担額	
支給金額			

該当するものに○をつけてください。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。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店・支店 ( )	預金種別	普通当座 ( )
	口座番号等 左詰記載して下さい			
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人はカタカナで上段より左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。

年 月 日  
青森県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
連絡先 \_\_\_\_\_

第9号様式

平成 年 月 日

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

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

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。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )				本店・支店				預金種別	普通 当座
	口座番号 <small>左詰記載してください</small>									
口座名義人 (カタカナ)										

口座名義人はカタカナで左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

青森県後期高齢者医療広域連合長 様									
上記の通り、高額療養費の支給を申請します。									
平成 年 月 日									
申請者					住所				
					氏名				
									印

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 ￥ 5 0 0 0 0 ー

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		年 月 日
死亡年月日		平成 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	平成 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( )内に記載して下さい。網掛けの中は記載不要です。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )	本店・支店 ( )	預金種別	普通 当座
口座番号等 左詰記載して下さい				
口座名義人 (カタカナ)				

口座名義人はカタカナで上段より左詰で記載してください。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。

平成 年 月 日

青森県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 下  
住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_