

青森県後期高齢者医療広域連合告示第18号

平成20年青森県後期高齢者医療広域連合告示第7号、平成30年青森県後期高齢者医療広域連合告示第16号、令和2年青森県後期高齢者医療広域連合告示第2号及び令和2年青森県後期高齢者医療広域連合告示第10号において定めた、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）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。

令和3年11月10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。

法第54条第1項に規定する被保険者の資格の取得もしくは喪失に係る届出又は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8条第1項に規定する申請に係る様式	第1号様式
施行規則第19条第1項に規定する申請書	第2号様式 第2号の2様式 第2号の3様式 第2号の4様式 第2号の5様式
施行規則第32条に規定する申請書	第3号様式
施行規則第33条第2項に規定する一部負担金減免等申請書	第4号様式
施行規則第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62条第1項に規定する申請書	第7号様式

施行規則第67条第1項に規定する申請書	第8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
施行規則第70条の2第1項に規定する申請書	第9号の2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。以下「規則」という。)第11条に規定する申請書	第10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条例(平成19年条例第29号。以下「条例」という。)第19条第2項に規定する申請書	第11号様式
条例第20条第2項に規定する申請書	第12号様式
条例第21条の規定による申告に係る様式	第13号様式
施行規則第66条の2第1項に規定する申請書	第14号様式
規則附則第4条第1項に規定する申請書	第15号様式

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		
個人番号		
生年月日		
住所		
申請区分		
申請事由		
所有手帳又は証書種類		

青森県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）いたします。

後期高齢者医療被保険者証再交付申請書

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	

申 請 の 理 由	
-----------	--

青森県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、後期高齢者医療被保険者証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

後期高齢者医療資格証明書再交付申請書

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	

申 請 の 理 由	
-----------	--

青森県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、後期高齢者医療資格証明書の再交付を申請します。

令和 年 月 日

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証再交付申請書

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	

申 請 の 理 由	
-----------	--

青森県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

後期高齢者医療特定疾病療養受療証再交付申請書

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	

申請の理由	
-------	--

青森県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、後期高齢者医療特定疾病療養受療証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

後期高齢者医療限度額適用認定証再交付申請書

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	

申 請 の 理 由	
-----------	--

青森県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、後期高齢者医療限度額適用認定証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

後期高齢者医療基準収入額適用申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

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 (老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、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。

青森県後期高齢者医療広域連合長 殿

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。

令和 年 月 日

後期高齢者医療一部負担金減免及び徴収猶予申請書

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		
被 保 険 者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
傷病名		
発病又は負傷年月日		
減免等種類		
申請の理由		

青森県後期高齢者医療広域連合長 殿

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 を申請します。

令和 年 月 日

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 令和 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	本店・支店 ()	預 金 種 別	普 通
	信用金庫			当 座
	信用組合			
	協同組合			
	()			()
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 _____

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 令和 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											
診療年月	令和 年 月	療養期間	令和 年 月 日 から								
診療日数	日		令和 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 _____

連絡先 _____

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			

青森県後期高齢者医療広域連合長 殿

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。

令和 年 月 日

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書 兼 入院日数届書

申請(届出)者名		本人との関係	
申請(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		
長期入院			

直近12か月の入院日数が90日を超える方は、入院日数の届出を行うことで食費に係る負担額が更に減額されます。
入院日数の届出を希望する方は、以下もご記入ください。

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	

青森県後期高齢者医療広域連合長 殿

※該当する項目を☑としてください。

1. 上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。
2. 上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。

令和 年 月 日

第9号様式

令和 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。

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。

令和 年 月 日

申請者 住所

氏名

高額療養費（外來年間合算）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		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(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

フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 生	性別	個人番号	
氏 名						計算期間の始期及び終期	年 月 ~ 年 月

国民健康保険資格情報

保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	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
39020003		青森県後期高齢者医療広域連合	年 月 日から 年 月 日まで

支給方法	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 ()	金融機関コード	本店 支店 出張所 ()	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ
口座振込						1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他		口座名義人

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	年 月 日から 年 月 日まで		
	2	年 月 日から 年 月 日まで		
	3	年 月 日から 年 月 日まで		
	4	年 月 日から 年 月 日まで		
5	年 月 日から 年 月 日まで			

青森県後期高齢者医療広域連合長 殿

令和 年 月 日

- ① 上記対象者について、高額療養費（外來年間合算）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。

郵便番号 _____

※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（外來年間合算）の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。

住所 _____

申請代表者 _____

氏名 _____

電話番号 _____

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 ￥ 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		令和 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	令和 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。

令和 年 月 日

青森県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 氏名 _____

住所 _____

死亡者との続柄 _____

連絡先電話番号 _____

後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書

青森県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者住所.....

申請者氏名.....

被保険者との関係.....

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条例第 1 9 条第 2 項の規定により、次のとおり関係書類を添えて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

氏名カナ			
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

納期	保険料額	徴収猶予期間	備考
合計			

3 申請理由

令和 年分 後期高齢者医療簡易申告書

青森県後期高齢者医療広域連合長 様 年 月 日提出

この申告書は令和 年度後期高齢者医療保険料算定の基礎となります

令和 年1月1日から令和 年12月31日までの1年間の収入

氏名	(生年月日) 年 月 日	職業	
		電話	
現住所	(世帯主の氏名及び続柄)		

① 所得金額等

所得の種類	㊤収入金額	㊦必要経費 <small>(専従者給与額・控除額を含む)</small>	㊧所得金額(㊤-㊦)	備考
営業	円	円	円	
不動産	円	円	円	
農業	円	円	円	
専従者 控除		円		※営業、不動産、農業、の 必要経費の内数
給与	円			
専従者 給与	円			※給与収入額の内数
年金	円			※遺族年金・障害年金等 非課税年金を除く
譲渡	円	円	円	※下記㊨欄に必要事項を 記入してください
その他	円	円	円	
	円	円	円	

② 譲渡所得に関する事項

資産の種類 <small>(〇印を付してください)</small>	左の資産を取得した年月日	譲渡した年月日	特別控除の特例等
1 土地建物等			交換買換・収用・居住用財産
2 その他の資産			その他 ()

(回答、問い合わせ先)

住所

電話番号

後期高齢者医療限度額適用認定証交付申請書

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		

青森県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の限度額適用認定証の交付を申請します。

令和 年 月 日

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書①(被保険者記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者番号												
	(フリガナ)												
	氏名					生年月日	大正	昭和	年	月	日		
	住所												
振 込 先	金融機関 名称	銀行・信金・信組 農協・漁協 その他()						本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他()					
	コード												
	預金種別	普通・当座 その他()				口座番号							
	口座名義 (カタカナ)												
※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。													
<p>青森県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 千 -</p> <p>住 所 _____</p> <p>氏 名 _____</p> <p>電話番号 _____</p>													

【受取代理人の欄】(被保険者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

被 保 険 者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日												
	住所												
代 理 人 (口 座 名 義 人)	氏名 (※署名または記名押印)												
	〒												
	(フリガナ)												
	氏名 (※署名または記名押印)												
		被保険者との関係											

保 険 者 記 入 欄	支給決定額												
		円											

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書②(被保険者記入用)

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	令和 年 月 日	帰国者・接触者相談センター への相談日 ※相談した場合に記入	令和 年 月 日 (時頃)								
①医療機関の受診状況		1. 受診した 2. 受診していない									
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に)											
③療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり 感染が疑われる場合を含む)によらない休暇や勤 務予定がなかった日は除く。)	日								
⑤ 上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払いを受けましたか。 または、今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ										
⑥ ⑤で「はい」と回答した場合、その給 与等の額と、その報酬支払の対象と なった(なる)期間をご記入ください。	令和 年 月 日から	(給与等の額:円)									
	令和 年 月 日まで	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>									

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主 記入 欄	<p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>上記③～⑥の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 (※署名または記名押印)</p>
担当者氏名	電話番号

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書③(事業主記入用)

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名													
①新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。												左記の事由による 無給休暇の日数	
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											日	
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31												
②新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇(賃金が生じる)は=】、【その他の休暇(賃金が生じない)は/】でそれぞれ表示してください。												賃金が生じた日数の計 (○、△、= の計)	
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											日	
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											日	
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											日	
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											日	
②の期間に対して、賃金を支払いましたか?		1. はい 2. いいえ		給与の種類 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算 締日 _____ 日 支払日 1. 当月 _____ 日 2. 翌月 _____ 日							
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。													
事業主が証明するところ 支給した賃金内訳	期間 区分	単価(円)	月 日 ~ 月 日 分			月 日 ~ 月 日 分			月 日 ~ 月 日 分				
			(A)支給額(円)			(B)支給額(円)			(C)支給額(円)				
	基本給												
	時給												
	手当												
	手当												
	手当												
	手当												
	現物給与												
	計												
賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)										_____ 円			
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。													
令和 年 月 日													
上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所所在地 _____ 事業所名称 _____ 事業主氏名 _____ (※署名または記名押印)													
担当者氏名				電話番号									

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書④(医療機関記入用)

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名																																
	傷病名																初診日	令和 年 月 日															
	発病年月日	令和 年 月 日															発病の原因																
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から																															
		令和 年 月 日まで															療養費用の種別		<input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他														
	うち、入院期間	令和 年 月 日から																転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医														
		令和 年 月 日まで																															
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15	診療 実日数	日													
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31															
		令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日														
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																
	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日															
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																																	
															手術年月日	令和 年 月 日																	
															退院年月日	令和 年 月 日																	
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																	
															令和 年 月 日																		
上記のとおり相違ありません。																																	
医療機関の所在地																																	
医療機関の名称																																	
医師の氏名															電話番号																		
(※署名または記名押印)																																	