

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
被保険者番号		
フリガナ		
氏名		
個人番号		
生年月日		
住所		
申請事由		異動日（ 年 月 日） ※申請取得日・撤回・不該当喪失日は通りません
		1 資格取得 <input type="checkbox"/> 障害認定の申請 <input type="checkbox"/> 広域外転入 <input type="checkbox"/> その他（ ）
所有手帳又は証書書類	<input type="checkbox"/> 国民年金法の障害年金 1 級・2 級	2 変更 <input type="checkbox"/> 広域内転入 <input type="checkbox"/> 有期延長（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1 級・2 級・3 級・4 級一部 （4 級下肢障害は号級記載）	3 資格喪失 <input type="checkbox"/> 障害認定申請の撤回 <input type="checkbox"/> 障害不該当 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 1 級・2 級 （有効期限 年 月末） <input type="checkbox"/> 入力確認	<input type="checkbox"/> 本人確認（ ） <input type="checkbox"/> 個人番号確認（ ）
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 A1・A2	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
<p>神奈川県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）いたします。</p> <p>年 月 日</p>		

後期高齢者医療被保険者資格 取得 (変更 ・ 喪失) 届出書

被保険者番号				証種類	□被保険者証 □短期証 □資格証	
項目		内容 (変更後)		変更前		異動事由
被 保 険 者 本 人	フリガナ					事由 発生日
	氏 名					
	個人番号					<input type="checkbox"/> 資格取得 <input type="checkbox"/> 県外からの転入 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> その他 ()
	生年月日	明・大・昭 .	性別	男・女		
	住 所					
	世帯主との関係					
資格取得、住所地特例、住所変更、世帯主変更の届出の場合に記入(世帯主が本人以外の場合)						
世 帯 主	フリガナ					<input type="checkbox"/> 資格変更 <input type="checkbox"/> 市区町村内転居 <input type="checkbox"/> 住所地特例適用・変更 (解除) <input type="checkbox"/> 県内住所異動 (転入 ・ 転出) <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他 ()
	氏 名					
	個人番号					
	生年月日	明・大・昭・平 .	性別	男・女		
資格取得の届出の場合に記入						
同 世 帯 の 被 保 険 者	被保険者番号					<input type="checkbox"/> 【各種証明書等の申請】 <input type="checkbox"/> 負担区分等証明書 <input type="checkbox"/> 被扶養者・障害認定・ 特定疾病認定証明書 <input type="checkbox"/> 資格喪失等証明書
	氏 名					
	被保険者番号					
	氏 名					
神奈川県後期高齢者医療広域連合長 (届出日) 年 月 日 上記のとおり届出いたします。						
(届出人) 氏 名 _____ 本人との関係 _____ 住 所 _____ 連絡先電話番号 _____						

証交付 (月 日)	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口交付⇒本人確認書類 : <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 国保証 <input type="checkbox"/> 介護証 <input type="checkbox"/> その他 ()	
証回収 (月 日)	<input type="checkbox"/> 返信用封筒 <input type="checkbox"/> 窓口持参 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		收受印

第 3 号様式 (削除)

後期高齢者医療被保険者受療証

被保険者証番号								
この証で療養給付を受けることができる被保険者	氏名							
	現住所							
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	
	一部負担金の割合	割						
発行理由	被保険者証の交付等手続き中のため							
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで							
保険者	名称	神奈川県後期高齢者医療広域連合						
	番号	3	9	1	4			
年 月 日		神奈川県後期高齢者医療広域連合長						

〈被保険者の方へ〉

- ・この受療証は、保険医療機関等で受診する場合のみにお使いいただけます。被保険者証は後日郵送となりますが、お手元に届くまでの間に受診される時は、医療機関等窓口へご提示ください。
- ・被保険者証が届きましたら、この受療証を被保険者ご自身で破棄していただき、速やかに受診された保険医療機関等窓口へ被保険者証のご提示をお願いします。

〈保険医療機関等の方へ〉

- ・この受療証は、被保険者証の交付申請中などによりまだ被保険者へ交付されていない場合に、被保険者資格を証明するものです。
- ・この受療証が提示された場合には、被保険者証と同様にお取り扱いくださるようお願いいたします。

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)がいない場合であつてかつ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。

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

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

後期高齢者医療一部負担金減免及び徴収猶予申請書

年 月 日

(申請先)
神奈川県後期高齢者医療広域連合長

住所 _____

申請者 _____
(被保険者) 氏名 _____

電話 () _____

後期高齢者医療一部負担金の減額徴収猶予を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

保険者番号								被保険者番号									
療養の給付を受ける者	氏名																
	生年月日		年 月 日														
傷病名								発病又は負傷年月日	年 月 日								
減免等の別	減 額			免 除				徴収猶予									
減免または徴収猶予の申請理由	-----																

(備考)												受 付					

※ 広域連合処理欄

処 理 欄	決 裁 区 分														
	減 額 割 合 割			期 間 年 月 日 ~ 年 月 日											
	免 除 期 間			年 月 日 ~ 年 月 日											
	徴収猶予 期 間			年 月 日 ~ 年 月 日											
	不承認 理 由														
	決 裁														
年 月 日			起 案			課 長			係 長			係 員			
年 月 日			決 裁												

(注意) ※印の欄は記入しないでください。

後期高齢者医療一部負担金減額証明書

被保険者番号		
被 保 険 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
減 額	割	円
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減額を行っている者であることを証明する。

年 月 日

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

神奈川県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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

印

第

号

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

印

後期高齢者医療療養費支給申請書

医療機関等コード	1	レセプト管理番号	7															
都道府県番号	8	給付割合	9 090:9割 080:8割 070:7割															
保険種別	10	12	13 1. 単独 2. 2者併用 3. 3者併用															
区分コード	14	15	07. 高入9 08. 高外9 09. 高入7 00. 高外7															
保険者番号	16	23	療養を受けた被保険者氏名															
被保険者番号	24	31	生年月日															
個人番号	32	43																
公費負担者番号	44	51	診療開始年月日															
公費受給者番号	59	65	診療終了年月日															
診療年月	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	
療養費区分コード	01. 一般診療 02. 海外療養費 03. 補装具 04. 柔整 05. マッサージ 06. 鍼灸 08. 移送 09. 生血 10. 保険外併用療養費 49. その他療養費 99. その他差額																	
傷病名	診療を受けた医療機関名及び所在地																	
発病又は負傷年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 医師等の氏名																	
傷病経過	支給申請をした理由 <input type="checkbox"/> (1) 業者による装具製作のため <input type="checkbox"/> (2) 救急で被保険者証を所持していなかったため <input type="checkbox"/> (3) 現物給付が受けられないため <input type="checkbox"/> (4) その他()																	
発病又は負傷の理由	<input type="checkbox"/> (1) 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> (2) 自損事故 <input type="checkbox"/> (3) その他疾病等 受付年月日 5 令和 年 月 日																	

※金額は右詰で記載してください。

費用額	90	97	食事回数	98	100	公費対象負担金額	101	108
請求金額	109	116	食事標準負担額	117	122	公費患者負担額	123	130
負担金額	131	138	食事決定金額	139	144	支払先都道府県番号	145	146
決定金額	148	155	支給決定額	156	163	支払先点数表	147	170

※口座番号は右詰で記載してください。

※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、姓と名の間を1字空けてください)。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店 出張所 支所	支払先区分コード	171	172	預金種目	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192
	金融機関コード	支店コード	口座番号																							
	口座名義人(カナ)																									
	193 233																									

申請欄	年 月 日	上記のとおり関係書類を添えて申請します。	備考欄
	神奈川県後期高齢者医療広域連合長		<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 資格・負担割合確認
	〒 住所		
	申請者 氏名		
電話		受付印	

委任状	私は、次の者に療養費の受領に関する一切の権限を委任します。	
	受任者(口座名義人)	委任者(申請者)
	住所	
	氏名	氏名 (印)

第13号様式

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		
被 保 険 者	フリガナ	
	氏名	
	個人番号	
	生年月日	
	住所	
疾病の名称		

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

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

第14号様式

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		

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

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。

年 月 日

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

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			性別
	氏名			
	生年月日			
	住所			

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

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。

年 月 日

申請者 住所

氏名

印

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

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

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

住所 _____

申請者 氏名 _____

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合	支店 支所 出張所	預金種目	1. 普通	口座番号															
	金融機関コード	支店コード	口座 名義人																	
	口座 名義人 (カタカナ)																			

※口座番号は**右詰**で記載してください。
 ※口座名義人(カタカナ)は**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、姓と名の間を1字空けてください)。

委 任 状	私は、次の者に高額療養費の受領に関する一切の権限を委任します。 受任者(口座名義人) _____ 委任者(申請者) _____
	住所 _____
	氏名 _____ 氏名 _____ ㊟

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られるか否か

[※ 原爆一般疾病医療費、特定疾患の治療研究に係る医療給付など、後期高齢者医療高額療養費制度以外の公費負担医療制度等により支給を受けられる場合に、ご記入ください。]

制度名 _____

※ 処 理 欄	支給金額			受 付 印
	円			
	(備考)			
	本人確認(代理人本人確認)済み <input type="checkbox"/>			
	第三者行為あり <input type="checkbox"/>			

※処理欄には何も記載しないでください。

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

第16号様式の2

申請先資格情報	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 介護保険	(保険者等記入欄)				
保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					支給申請書整理番号
被保険者記号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					申請対象年度
被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					

フリガナ		計算期間	始期 終期
氏名 (被保険者)			
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	個人番号	
住所	〒		

上記対象者について、
 { 1 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
 2 自己負担額証明書の交付 } を申請します。

※ 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 を丸で囲んでください。
 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ください。
 ※ 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。

申請者 〒

年 月 日

住所(※)
 (※)被保険者住所と同一の場合は住所の記載は省略可

氏名 _____ 電話番号 () _____

(宛先) 神奈川県後期高齢者医療広域連合長
 (宛先) 市区町村長

振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合	支店 出張所 支所	種目	普通	口座番号	
	金融機関コード	支店コード	口座名義人 (カタカナ)			
			口座名義人			

私は、次の者に高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の受領に関する一切の権限を委任します。
 受任者(口座名義人) _____ 委任者(申請者) _____

住所 〒 _____
 氏名 _____ (印)

基準日時点ご加入の医療保険資格情報							
保険者番号		続柄	保険者名称				
被保険者記号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>					1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員	計算期間における加入期間 年 月 日 から 年 月 日 まで
被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>						

基準日時点ご加入の介護保険資格情報							
保険者番号		保険者名称	計算期間における加入期間				
被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>						年 月 日 から 年 月 日 まで

医療保険者加入歴	添付の自己負担額証明書番号	計算期間における加入期間
保険者番号	続柄	保険者名称
被保険者記号	1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員	年 月 日 から 年 月 日 まで
被保険者番号		
介護保険者加入歴		添付の自己負担額証明書番号
保険者番号	保険者名称	計算期間における加入期間
被保険者番号		年 月 日 から 年 月 日 まで

※計算期間中に変更があった場合のみ記入 【点線部分は職員使用欄】

備考	本人確認(代理人本人確認済み)	<input type="checkbox"/>	後期支給額	円	受付印
	自己負担額証明書添付無し確認済み	<input type="checkbox"/>	国保支給額	円	
	高額療養費(外来年間合算含む)支給申請確認済み	<input type="checkbox"/>	介護支給額	円	
				円	
					枚 中
					枚 目

後期高齢者医療葬祭費支給申請書

令和 年 月 日

〒□□□□ - □□□□

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

住所 _____

申請者
(喪主)

氏名 _____

※ 日中に連絡がとれる番号

電話 () _____

次のとおり葬祭費の支給を申請します。

保険者 番号	3	9	1	4					被保険 者番号							
死亡した 被保険者の 氏名								死亡した 被保険者の 生年月日	(明治・大正・昭和) 年 月 日			喪主との 関係 (続柄)				
死亡した日	令和 年 月 日				葬祭日		令和 年 月 日									
申請金額	¥ 50,000-															

振込先 口座	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合		支店 出張所 支所	預金 種目	1. 普通	口座番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	金融機関コード			支店コード		口座 名義人 (カタカナ)									
	○		○		○		○		○		○		○		○
				口座 名義人											

※口座番号は右詰で記載してください。

※口座名義人(カタカナ)は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、姓と名の間を1字空けてください)。

委任 状	私は、次の者に葬祭費の受領に関する一切の権限を委任します。	
	受任者(口座名義人)	委任者(喪主)
	住所	氏名
	住所	氏名
	氏名	氏名

※ 処理 欄	市区 町村 入力 欄	事実確認	葬祭日確認	窓口受付 担当者	(備考)		
		<input type="checkbox"/> 住基確認済 <input type="checkbox"/> 戸籍課照会 <input type="checkbox"/> 受理証明書 <input type="checkbox"/> 埋火葬許可 <input type="checkbox"/> 第三者行為有	喪主確認				
広域 連合 入力 欄	受付日	決定日	支給日	氏名	続柄	連絡先	受 付 印
	住所	葬祭日	金融機関	預金科目	口座番号	口座名義	

(注意) ※処理欄は、記入しないでください。

(広域連合保管用)

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療仮徴収額決定通知書

年度分の後期高齢者医療保険料仮徴収額を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							
決定年月日	年	月	日	決定理由							
				仮徴収額	円						

保険料算定の基礎

①賦課のもととなる所得金額	②所得割率	③所得割額 ①×②(12か月分)		④均等割額 (12か月分)	⑤算出額 ③+④	⑥限度超過額
均等割軽減割合	⑦均等割軽減額 (12か月分)	⑧年保険料額 ⑤-⑥-⑦	⑨保険料額 ⑧+⑫	⑬割合	⑭仮徴収額 ⑨×⑬	
				/		

後期高齢者医療制度に加入する前日において被用者保険の被扶養者であった被保険者については、後期高齢者医療制度に加入した日の属する月から2年を経過する月までのうち、前年度分の保険料算定の基礎が、こちらに表示されます。

⑩均等割額 (12か月分)	均等割軽減割合	⑪均等割軽減額 (12か月分)	⑫年保険料額 ⑩-⑪

- * 後期高齢者医療仮徴収額は、高齢者の医療の確保に関する法律第104条及び神奈川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の規定によって、前年度の保険料額より法令の割合で計算されたものです。
計算されたものです。
- * 前年度保険料算出方法は次のとおりです。(条例第3条～第13条、附則)
 $所得割額 = 賦課のもととなる所得金額 (\times 1) \times 所得割率 (/ 100)$
 $均等割額 = \text{円}$
 $\times 1 \text{ 賦課のもととなる所得金額} = \text{年中の総所得金額等} - \text{基礎控除額}$
- * 均等割軽減 (条例第12条、附則)
 同じ世帯の被保険者全員と世帯主の前々年の総所得金額等を合計した額に応じて、次のとおり均等割額が軽減されます。
 $総所得金額等が \text{万円} \text{ 以下} \dots \text{円}$
 $総所得金額等が \text{万円} + \{ \text{万円} \times \text{被保険者数} \} \text{ 以下} \dots \text{円}$
 $総所得金額等が \text{万円} + \{ \text{万円} \times \text{被保険者数} \} \text{ 以下} \dots \text{円}$
- * 後期高齢者医療制度に加入する前日において被用者保険の被扶養者であった被保険者に対する軽減 (条例第13条、附則)
 該当する場合、所得割がかからず、均等割額から次の保険料額が軽減されます。… 円
 ただし、均等割軽減にも該当する方については、いずれか大きい方の額が軽減されます。
- * 審査請求及び取消訴訟
 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、神奈川県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。
 この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと提起できませんが、審査請求書を提出した日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき、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、その他裁決を経ないことにつき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。訴える場合の被告は、神奈川県後期高齢者医療広域連合です。処分又は裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月を経過したとき、処分又は裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、提起をすることができません。ただし、正当な理由があるときは、この限りではありません。

備考 必要があるときには、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えること、その他所要の調整を加えることができること。

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療保険料額決定通知書

年度分の後期高齢者医療保険料額を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						
決定年月日	年	月	日	決定理由										
年度分の後期高齢者医療保険料額												円		

保険料算定の基礎

①賦課のもととなる所得金額	②所得割率	③所得割額 ①×②(12か月分)		④均等割額 (12か月分)	⑤算出額 ③+④		⑥限度超過額
⑦所得割軽減額 (12か月分)	均等割軽減割合	⑧均等割軽減額 (12か月分)	⑨年保険料額 ⑤-⑥-⑦-⑧		月数	⑩月割減額	⑮保険料額 ⑨+⑬-⑩-⑭

後期高齢者医療制度に加入する前日において被用者保険の被扶養者であった被保険者については、後期高齢者医療制度に加入した日の属する月から2年を経過する月までのうち、本年度分の保険料算定の基礎が、こちらに表示されます。

⑪均等割額 (12か月分)	均等割軽減割合	⑫均等割軽減額 (12か月分)	⑬年保険料額 ⑪-⑫	月数	⑭月割減額
------------------	---------	--------------------	---------------	----	-------

* 後期高齢者医療保険料は、高齢者の医療の確保に関する法律第104条及び神奈川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の規定によって、 年 月 日現在の後期高齢者医療制度の被保険者に対して賦課されたものです。

* 保険料算出方法は次のとおりです。(条例第3条～第13条、附則)

所得割額=賦課のもととなる所得金額(※1)×所得割率(/100) } 確定年保険料
均等割額= 円 } [万円を限度とする]

なお、 年 月 日以降に被保険者資格の取得又は喪失があるときは月割りにて算定します。

※1 賦課のもととなる所得金額= 年中の総所得金額等-基礎控除額

* 均等割軽減(条例第12条、附則)

同じ世帯の被保険者全員と世帯主の前年の総所得金額等を合計した額に応じて、次のとおり均等割額が軽減されます。

総所得金額等が 万円 以下… 円

総所得金額等が 万円+ { 万円×被保険者数 } 以下… 円

総所得金額等が 万円+ { 万円×被保険者数 } 以下… 円

* 所得割軽減

* 後期高齢者医療制度に加入する前日において被用者保険の被扶養者であった被保険者に対する軽減(条例第13条、附則)

該当する場合、所得割がかからず、均等割額から次の保険料額が軽減されます。… 円

ただし、均等割軽減にも該当する方については、いずれか大きい方の額が軽減されます。

* 審査請求及び取消訴訟

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、神奈川県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。

この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でない限り提起できませんが、審査請求書を提出した日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき、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、その他裁決を経ないことにつき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。訴える場合は、神奈川県後期高齢者医療広域連合です。処分又は裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月を経過したとき、処分又は裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、提起をすることができません。ただし、正当な理由があるときは、この限りではありません。

備考 必要があるときには、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えること、その他所要の調整を加えることができること。

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療仮徴収額変更決定通知書

年度分の後期高齢者医療保険料仮徴収額を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									
決定年月日			決定理由										
変更前仮徴収額			円	変更後仮徴収額			円						
			仮徴収額			円							

*** 審査請求及び取消訴訟**

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、神奈川県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。

この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないとい提起できませんが、審査請求書を提出した日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき、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、その他裁決を経ないことにつき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。訴える場合の被告は、神奈川県後期高齢者医療広域連合です。処分又は裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月を経過したとき、処分又は裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、提起をすることができません。ただし、正当な理由があるときは、この限りではありません。

(備考) 必要があるときには、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えること、その他所要の調整を加えることができること。

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療保険料額変更決定通知書

年度分の後期高齢者医療保険料額を次のとおり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							
決定年月日	年	月	日	決定理由											
年度分の後期高齢者医療保険料額												円			

保険料算定の基礎

	①賦課のもととなる所得金額	②所得割率	③所得割額 ①×②(12か月分)	④均等割額 (12か月分)	⑤算出額 ③+④	⑥限度超過額	
変更前							
変更後							
	⑦所得割軽減額 (12か月分)	均等割軽減割合	⑧均等割軽減額 (12か月分)	⑨年保険料額 ⑤-⑥-⑦-⑧	月数	⑩月割減額	⑪保険料額 ⑨+⑩-⑪
変更前							
変更後							

後期高齢者医療制度に加入する前日において被用者保険の被扶養者であった被保険者については、後期高齢者医療制度に加入した日の属する月から2年を経過する月までのうち、本年度分の保険料算定の基礎が、こちらに表示されます。

	⑪均等割額 (12か月分)	均等割軽減割合	⑫均等割軽減額 (12か月分)	⑬年保険料額 ⑪-⑫	月数	⑭月割減額
変更前						
変更後						

* 後期高齢者医療保険料は、高齢者の医療の確保に関する法律第104条及び神奈川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の規定によって、 年 月 日現在の後期高齢者医療制度の被保険者に対して賦課されたものです。

* 保険料算出方法は次のとおりです。(条例第3条～第13条、附則)
 所得割額＝賦課のもととなる所得金額(※1)×所得割率(/100) } 確定年保険料
 均等割額＝ 円 } [万円を限度とする]
 なお、 年 月 日以降に被保険者資格の取得又は喪失があるときは月割りにて算定します。

※1 賦課のもととなる所得金額＝ 年中の総所得金額等－基礎控除額

* 均等割軽減(条例第12条、附則)
 同じ世帯の被保険者全員と世帯主の前年の総所得金額等を合計した額に応じて、次のとおり均等割額が軽減されます。

総所得金額等が 万円 以下… 円

総所得金額等が 万円＋{ 万円×被保険者数} 以下… 円

総所得金額等が 万円＋{ 万円×被保険者数} 以下… 円

* 所得割軽減

* 後期高齢者医療制度に加入する前日において被用者保険の被扶養者であった被保険者に対する軽減(条例第13条、附則)
 該当する場合、所得割がかからず、均等割額から次の保険料額が軽減されます。… 円
 ただし、均等割軽減にも該当する方については、いずれか大きい方の額が軽減されます。

* 審査請求及び取消訴訟

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、神奈川県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。

この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと提起できませんが、審査請求書を提出した日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき、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、その他裁決を経ないことにつき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。訴える場合の被告は、神奈川県後期高齢者医療広域連合です。処分又は裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月を経過したとき、処分又は裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、提起をすることができません。ただし、正当な理由があるときは、この限りではありません。

備考 必要があるときには、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えること、その他所要の調整を加えることができること。

後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書

申請者住所

申請者氏名

被保険者との関係

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

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療保険料徴収猶予決定・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、次のとおり決定・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	
--------	--	--------	--

徴収猶予決定年月日	年 月 日
決定・却下理由	

納 期	保険料額	徴収猶予期間	備 考
合計			

審査請求及び取消訴訟

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、神奈川県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。

この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと提起できませんが、審査請求書を提出した日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき、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、その他裁決を経ないことにつき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。訴える場合の被告は、神奈川県後期高齢者医療広域連合です。処分又は裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月を経過したとき、処分又は裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、提起をすることができません。ただし、正当な理由があるときは、この限りではありません。

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療保険料徴収猶予取消通知書

年 月 日付けで決定しました 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	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				

審査請求及び取消訴訟

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、神奈川県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。

この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと提起できませんが、審査請求書を提出した日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき、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、その他裁決を経ないことにつき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。訴える場合の被告は、神奈川県後期高齢者医療広域連合です。処分又は裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月を経過したとき、処分又は裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、提起をすることができません。ただし、正当な理由があるときは、この限りではありません。

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

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	年度
		被保険者番号	
決定年月日	年 月 日	決定減免額	円
減免前保険料額	円	減免後保険料額	円
減免理由			

審査請求及び取消訴訟

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、神奈川県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。

この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと提起できませんが、審査請求書を提出した日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき、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、その他裁決を経ないことにつき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。訴える場合の被告は、神奈川県後期高齢者医療広域連合です。処分又は裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月を経過したとき、処分又は裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、提起をすることができません。ただし、正当な理由があるときは、この限りではありません。

神奈川県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	年度
		被保険者番号	
決定年月日	年 月 日	決定減免額	円
減免前保険料額	円	減免後保険料額	円
減免却下理由			

審査請求及び取消訴訟

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、神奈川県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。

この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと提起できませんが、審査請求書を提出した日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき、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、その他裁決を経ないことにつき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。訴える場合の被告は、神奈川県後期高齢者医療広域連合です。処分又は裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月を経過したとき、処分又は裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、提起をすることができません。ただし、正当な理由があるときは、この限りではありません。

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

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	年度
		被保険者番号	
決定年月日	年 月 日	決定減免額	円
減免前保険料額	円	減免後保険料額	円
減免取消理由			

審査請求及び取消訴訟

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、神奈川県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。

この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと提起できませんが、審査請求書を提出した日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき、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、その他裁決を経ないことにつき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。訴える場合の被告は、神奈川県後期高齢者医療広域連合です。処分又は裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月を経過したとき、処分又は裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、提起をすることができません。ただし、正当な理由があるときは、この限りではありません。

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療保険料減免額変更決定通知書

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	年度
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	円	円	円	
変 更 後	円	円	円	
変 更 理 由				

審査請求及び取消訴訟

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、神奈川県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。

この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと提起できませんが、審査請求書を提出した日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき、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、その他裁決を経ないことにつき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。訴える場合の被告は、神奈川県後期高齢者医療広域連合です。処分又は裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月を経過したとき、処分又は裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、提起をすることができません。ただし、正当な理由があるときは、この限りではありません。

年度分 後期高齢者医療簡易申告書

神奈川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、年度後期高齢者医療保険料算定の基礎となります。

様分の

年 1月 1日から 年12月31日までの1年間の収入

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

① 所得金額等 収入がない方はこちらにご記入ください。⇒仕送り・被扶養者・その他()

所得の種類	④ 収入金額	③ 必要経費	⑤ 所得金額(④-③)	備考
		(専従者給与額・控除額を含む)		
営業	円	円	円	
不動産	円	円	円	
農業	円	円	円	
専従者控除				※営業、不動産、農業の必要経費の内数
給与	円			
専従者控除	円			※給与収入額の内数
年金	円			※遺族年金・障害者年金等非課税年金を除く
譲渡	円	円	円	※下記②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 (〇印を付してください。)	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 その他()
2 その他の資産			

第99条第2項の被扶養者であった被保険者に該当する旨の証明書
 高齢者の医療の確保に関する法律 による障害認定証明書
 による特定疾病認定証明書

被 保 険 者	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日		
認 定 (<u>該 当</u>) の 状 況	被 扶 養 者	被用者保険の被扶養者でなくなった日	
		被用者保険であった際の保険者の名称	
	障 害	認定年月日	
		障害の程度	
		認定の基礎となった書類	
	特 定 疾 病	認定年月日	
		疾病の名称	
		認定の基礎となった書類	

第99条第2項の被扶養者であった被保険者に該当する
 上記のとおり、高齢者の医療の確保に関する法律 第50条第2号の障害認定を行った ことを証明する。
 施行令第14条第6項の特定疾病認定を行った

年 月 日

--	--	--	--	--	--	--	--

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

〇〇 〇〇



後期高齢者医療被保険者資格喪失等証明書

被保険者番号										
被保険者氏名								性別	男	女
住所								生年月日	明・大・昭	年 月 日
資格喪失等年月日	年 月 日									

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療負担区分等証明書									
1	氏名								
	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								
	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								
	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								
	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								
	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									
神奈川県後期高齢者医療広域連合長									

第33号様式

後期高齢者医療給付支給決定通知書

先に申請のありました
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。

被保険者番号
被保険者氏名

根拠となる年月等	種別	支給金額

支給期日

※支給期日に振込手続を行っておりますが、金融機関によって、口座に入金されるのは支給期日から5日程度後になる場合があります。

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

支払方法
金融機関名
支店名
口座名義人

※口座解約等により振込みができなかった場合は、新しい振込先をご記入いただく申請用紙をお送りいたします。

審査請求及び取消訴訟

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、神奈川県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。

この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと提起できませんが、審査請求書を提出した日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき、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、その他裁決を経ないことにつき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。訴える場合の被告は、神奈川県後期高齢者医療広域連合です。処分又は裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月を経過したとき、処分又は裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、提起をすることができません。ただし、正当な理由があるときは、この限りではありません。

問い合わせ先

住所

電話

第34号様式

後期高齢者医療給付支給決定通知書

先に申請のありました
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。

被保険者番号
被保険者氏名

根拠となる年月等	支給金額

支給期日
※支給期日に振込手続を行っておりますが、金融機関によって、口座に入金
されるのは支給期日から5日程度後になる場合があります。

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

支払方法
金融機関名
支店名
口座名義人

※口座解約等により振込みができなかった場合は、新しい振込先を
ご記入いただく申請用紙をお送りいたします。

審査請求及び取消訴訟

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、神奈川県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。

この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないとい提起で
きませんが、審査請求書を提出した日の翌日から起算して3か月を経過
しても裁決がないとき、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、その他裁決を経ないことにつき正当な理由があ
るときは、裁決を経なくても提起できます。訴える場合の被告は、神奈
川県後期高齢者医療広域連合です。処分又は裁決があったことを知った
日の翌日から起算して6か月を経過したとき、処分又は裁決の日の翌日
から起算して1年を経過したときは、提起をすることができません。た
だし、正当な理由があるときは、この限りではありません。

問い合わせ先

住所

電話

第35号様式

後期高齢者医療給付支給決定通知書

先に申請のありました

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。

被保険者番号

被保険者氏名

根拠となる年月等

支給金額

支給期日

※支給期日に振込手続を行っておりますが、金融機関によって、口座に入金されるのは支給期日から5日程度後になる場合があります。

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

支払方法
金融機関名
支店名
口座名義人

※口座解約等により振込みができなかった場合は、新しい振込先をご記入いただく申請用紙をお送りいたします。

審査請求及び取消訴訟

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、神奈川県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。

この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと提起できませんが、審査請求書を提出した日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき、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、その他裁決を経ないことにつき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。訴える場合の被告は、神奈川県後期高齢者医療広域連合です。処分又は裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月を経過したとき、処分又は裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、提起をすることができません。ただし、正当な理由があるときは、この限りではありません。

問い合わせ先

住所

電話

年 月 日

神奈川県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

年 月 日に申請のありました療養費の支給については、次のとおり却下しましたので通知します。

- 1 被保険者番号
- 2 被保険者氏名
- 3 支給却下理由

審査請求及び取消訴訟

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、神奈川県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。

この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと提起できませんが、審査請求書を提出した日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき、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、その他裁決を経ないことにつき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。訴える場合の被告は、神奈川県後期高齢者医療広域連合です。処分又は裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月を経過したとき、処分又は裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、提起をすることができません。ただし、正当な理由があるときは、この限りではありません。

年 月 日

神奈川県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

先に申請のありました
の支給については、次のとおり却下しましたので通知します。

被保険者番号
被保険者氏名

計算対象期間
支給年月日
不支給の理由

審査請求及び取消訴訟

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、神奈川県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。

この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと提起できませんが、審査請求書を提出した日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき、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、その他裁決を経ないことにつき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。訴える場合の被告は、神奈川県後期高齢者医療広域連合です。処分又は裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月を経過したとき、処分又は裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、提起をすることができません。ただし、正当な理由があるときは、この限りではありません。

後期高齢者医療 特別の事情に関する届書

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

年 月 日

届出者

住所 _____

氏名 _____

電話 () _____

保険料を納付することができない特別な事情がありますので、届出いたします。

被保険者番号																				
個人番号																				
フリガナ	-----																			
氏名	-----																			
保険料を納付できない理由を具体的に記入してください。																				
(備考)																		受付		

〈参考〉 政令で定める特別な事情

- 1 保険料を滞納している被保険者又はその属する世帯の世帯主（以下この条において「滞納被保険者等という。）がその財産につき災害を受け、又は盗難にかかったこと。
- 2 滞納被保険者等又はその者と生計を一にする親族が病院にかかり、又は負傷したこと。
- 3 滞納被保険者等がその事業を廃止し、又は休止したこと。
- 4 滞納被保険者等がその事業につき著しい損失を受けたこと。
- 5 前各号に類する事由があったこと