

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
公費受給者番号			

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

上記のとおり、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

山形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 _____

様式第22号(第14条、第15条、第17条、第18条、第19条、第23条、第23条の2、第24条及び第25条関係)

年 月 日

様

山形県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
4. 支給金額
5. 支給期日 年 月 日
6. 支払方法

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ヶ月以内に、山形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。

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ヶ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ヶ月以内に、山形県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、山形県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23号(第14条、第15条、第17条、第18条、第19条、第23条、第23条の2、第24条及び第25条関係)

年 月 日

様

山形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

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. 支給却下理由

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ヶ月以内に、山形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。

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ヶ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ヶ月以内に、山形県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、山形県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 24 号 (第 16 条関係)

第三者行為による被害届

被害者	被保険者証号		被保険者名			
	個人番号		生年月日	年	月	日
第三者	住所		氏名	年	月	日生
					職業	電話
第三者の使用	住所		氏名	年	月	日生
					職業	電話
事故発生の 日時及び 発生場所	平成 年 月 日		午前 午後	時	分頃	場所
事故発生の 原因及び 状況						
傷病及び 負傷の程度					治ゆまでの 見込み	全治 月 日
保険医療 機関等名	当初		転医後			
自動車 事故の 場合の 第三者 側自動車 賠償 保険	自賠保	会社名 (共済名)		証明書 番号		
		保険期間	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日	登録番号 (フル・イ・ナンバー)		
			ヶ月	車台番号		
		契約者 住所		氏名		
		所有者 住所		氏名		
		会社名 (共済名)		担当者 氏名	電話	
		証券番号 (契約番号)		保険期間	年 月 日～ 年 月 日	ヶ月
	契約者 住所		氏名			
示談の 有無	有	無	交渉経過			
<p>高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 4 6 条の規定により上記の通りお届けします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>被保険者 住所</p> <p>氏名</p> <p>印</p> <p>山形県後期高齢者医療広域連合長 様</p>						

- (注) 1. 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば 月 日見舞品をどれだけ受取った、医療費、付添の費用はどちらで負担する等を記し、示談が成立した時は示談書写を添付して下さい。
2. 届出日現在で不明事項については、空白のまま提出して下さい。
- なお、判明次第山形県後期高齢者医療広域連合へ連絡して下さい。

様式第25号 (第17条関係)

後 期 高 齢 者 医 療
療 養 費 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	
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

山形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 _____

年 月 日

様

山形県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特別療養費支給額通知書

あなたが 年 月に受けた診療は特別療養費の支給対象となっておりますので、下記により口座振込の手続きをされるようお知らせします。

記

- 1. 被保険者番号
- 2. 被保険者氏名
- 3. 申請日時 年 月 日 ~ 年 月 日
- 4. 申請場所
- 5. 持参するもの
- 6. 支給予定額

申請日付	年	月	日	住所
氏名				印 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 <small>左詰記載して下さい</small>				
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。

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	性別	電話番号

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	
受けられる	(制度名一) (費用徴収の有・無)
受けられない	
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 ()
口座番号等 <small>左記記載して下さい</small>				
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。

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

住所

申請者

氏名 印

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
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	

フリガナ		生年月日		性別	男・女	個人番号	
氏名		年	月	日生		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	被保険者番号	保険者名称	加入期間	
3906			山形県後期高齢者医療広域連合		

介護保険資格情報					
保険者番号	被保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間	

振込口座	金融機関名	店舗名	種目	普通・当座	口座番号
	口座名義 カタカナ				

	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
保険者加入歴	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

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。 (円 -)

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。 住 所 _____

※ 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、申請者 _____
 ①のみを丸で囲んでください。 電話番号 _____
 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ください。 氏 名 _____ 印 _____

申請日 年 月 日

※ で囲まれた部分をご記入ください

後 期 高 齢 者 医 療

療養費支給申請書 (特定疾病) 兼高額療養費支給申請書

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 受 養 け を 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			外来	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	長期特定疾病に係る調剤一部負担金差額
傷 病 名	腎不全 (特定疾病療養受療証発効年月日: 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名又は施術師	透析を行った医療機関及び調剤薬局
支給申請をした理由	透析を行った医療機関からの処方せんにより、調剤薬局において一部負担金があったため
発病又は負傷の理由	

- 通常の高額療養費に係る登録済口座がある場合、同一口座を記入してください (登録済口座については市町村窓口でご確認いただけます)。
- 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 <small>右記載して下さい</small>				
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。

上記のとおり申請します。

年 月 日

山形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 _____

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
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	

フリガナ		生年月日		生	性別	男・女	個人番号	
氏名							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	被保険者証番号	保険者名称	加入期間	
3906			山形県後期高齢者医療広域連合		

振込口座	金融機関名	店舗名	種目	普通・当座	口座番号
	口座名義 カタカナ				

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				
	5				

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

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。 住 所

※ 高額療養費（外来年間合算）の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んでください。 申請者

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。 電話番号

申請日 年 月 日 氏 名 印

※ で囲まれた部分をご記入ください

年 月 日

様

山形県後期高齢者医療広域連合長



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		性別	
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	年 月 日 ~		年 月 日
計算期間において被保険者であった期間	年 月 日 ~		年 月 日
診療年月	自己負担額		
月分			
月分			
月分			
月分			
月分			
月分			
月分			
月分			
月分			
月分			
月分			
計			

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

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
死亡の原因		1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）
葬祭執行者	葬 祭 日	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 其 他
口座番号等 <small>左記記載して下さい</small>							
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、申請します。

年 月 日

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

死亡者との続柄 _____

連絡先 _____