

様式第1号（第2条関係）

後期高齢者医療障害認定申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号		個人番号	
フリガナ			
氏名			男・女
生年月日	年 月 日		
住所			
申請事由	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他		
所有手帳 又は証書種類	<input type="checkbox"/> 国民年金証書（ 級） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ 級） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ 級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
医療保険の状況	<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 市町村国保以外（下記に医療保険状況を記入ください） 保険者名（ ） 保険者番号（ ） 被保険者証記号番号（ ） <input type="checkbox"/> 被用者保険被扶養者該当（該当の場合チェック）		
山形県後期高齢者医療広域連合長 様			
上記のとおり関係書類を添えて申請します。			
年 月 日			
申請者 氏名 _____			

様式第2号（第2条関係）

年 月 日

様

山形県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療障害認定申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第8条1項に基づく障害認定申請については、下記の理由により却下しましたので通知します。

氏 名	
却 下 年 月 日	年 月 日
却 下 理 由	

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。

後期高齢者医療被保険者資格に係る届書

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり、関係書類を添えて届出します。

		届出年月日	年 月 日
届出者氏名		本人との関係	
届出者住所	電話番号		

異動内容	取得・喪失・変更		変更前
被保険者番号			
個人番号			
フリガナ			
氏名	(男・女)		
生年月日	年 月 日		
住所 (病院等名称)			
世帯主 との続柄			
世帯主	(個人番号)		
	(氏名) (男・女)		
	(生年月日) 年 月 日		
世帯内の 被保険者	被保険者番号		氏名
異動事由	異動年月日 ( . . )	喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他広域連合への転出 <input type="checkbox"/> 住所地特例不適用 <input type="checkbox"/> 他住所地特例適用 <input type="checkbox"/> 適用除外該当 <input type="checkbox"/> 障害状態不該当 <input type="checkbox"/> 障害認定撤回 <input type="checkbox"/> その他 ( )	変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 市町村内転居 <input type="checkbox"/> 広域連合内転居 <input type="checkbox"/> 住所地特例適用 <input type="checkbox"/> 継続住所変更 <input type="checkbox"/> 被用者保険被扶養者該当 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	取得 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 他広域連合からの転入 <input type="checkbox"/> 他住所地特例不適用 <input type="checkbox"/> 適用除外非該当 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

様式第4号（第4条関係）

年 月 日

様

山形県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療被保険者証の返還通知書

高齢者の医療の確保に関する法律第54条第4項、第5項に基づき被保険者証の返還対象者となりましたのでお知らせします。

被 保 険 者 番 号	
氏 名	

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5号（第5条関係）

特別の事情（発生）届書

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり、関係書類を添えて届出します。

		届出年月日	年 月 日
届出者氏名		本人との関係	
届出者住所	電話番号		

被 保 険 者 住 所	
被 保 険 者 氏 名	
被 保 険 者 番 号	
個 人 番 号	
資格証明書交付の有無	有 ・ 無
保険料を納付することができない理由	特別の事情発生年月日 年 月 日
添 付 書 類	

様式第6号（第5条関係）  
（表面）

原爆一般疾病医療費の支給等に関する届書

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり、関係書類を添えて届出します。

		届出年月日	年 月 日
届出者氏名		本人との関係	
届出者住所	電話番号		

被 保 険 者 住 所			
被 保 険 者 氏 名			
被 保 険 者 番 号			
個 人 番 号			
被保険者資格証明書交付の有無	有 ・ 無		
受けることができる公費負担医療			
名 称	該当年月日		
	年	月	日
	年	月	日
	年	月	日
	年	月	日
	年	月	日

(裏面)

公費負担医療の名称

- (1) 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による一般疾病医療費の支給
- (2) 児童福祉法第63条の3の2第1項又は第2項の規定により障害児施設給付費等を支給することができることとされた者に対する同法第24条の20第1項に規定する障害児施設医療費の支給
- (3) 予防接種法第12条第1項第1号又は第2項第1号の医療費の支給
- (4) 障害者自立支援法第58条第1項の自立支援医療費、同法第70条第1項の療養介護医療費又は同法第71条第1項の基準該当療養介護医療費の支給
- (5) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第30条第1項の規定により費用の負担が行われる医療に関する給付
- (6) 麻薬及び向精神薬取締法第58条の17第1項の規定により費用の負担が行われる医療に関する給付
- (7) 独立行政法人医薬品医療機器総合機構法第16条第1項第1号又は第20条第1項第1号の医療費の支給
- (8) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条第1項又は第37条の2第1項の規定により費用の負担が行われる医療に関する給付又は当該医療に要する費用の支給
- (9) 石綿による健康被害の救済に関する法律第4条第1項の医療費の支給
- (10) 沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令第3条又は第4条の医療費の支給
- (11) 特定疾病(人工腎臓を実施している慢性腎不全、血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害、抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)。ただし、療養受療証が交付されている場合に限る。)
- (12) 児童福祉法第22条第1項の助産の実施、同法第27条第1項第3号の措置(知的障害児通園施設への入所措置を除く。)、同条第2項の指定医療機関への委託措置若しくは同法第33条の一時保護に係る医療の給付又は児童福祉法施行令第23条の2第2項第1号の医療の給付若しくは同項第2号の医療に要する費用の支給
- (13) 身体障害者福祉法第18条第2項の障害者自立支援法第5条第5項の厚生労働省令で定める施設又は指定医療機関における医療の給付
- (14) 特定疾患治療研究事業による治療研究に係る医療の給付
- (15) 毒ガス障害者救済対策事業による医療費の支給
- (16) 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業による治療研究に係る医療の給付
- (17) 水俣病総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費の支給
- (18) 茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱による医療費の支給
- (19) メチル水銀の健康影響に係る調査研究事業による研究治療費の支給

様式第7号（第6条関係）

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

届出者名		本人との関係	
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	年	月 日
	住所		

申請の理由	
-------	--

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり 後期高齢者医療被保険者証  
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。  
その他（ ）

年 月 日

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

様式第7号の2（第6条の2関係）

後期高齢者医療被保険者証交付申請書

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		
被 保 険 者	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	
交付申請する 被保険者証	1 被保険者証（1割） 2 被保険者証（3割） 3 その他（ ）	
申請の理由		
山形県後期高齢者医療広域連合長 様		
高齢者の医療の確保に関する法律第54条第3項により、上記のとおり後期高齢者医療被保険者証の交付を求めます。		
年 月 日		
申請者 氏名 _____ ㊞		

様式第7号の3（第6条の2関係）

年 月 日

様

山形県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療被保険者証交付申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律第54条第3項に基づく後期高齢者医療被保険者証交付申請については、下記の理由により却下しましたので通知します。

被 保 険 者 番 号	
氏 名	
却 下 年 月 日	年 月 日
却 下 理 由	

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8号（第9条関係）

高齢者の医療の確保に関する法律による認定証明書交付申請書

年 月 日に 都(道府県) 市(区町村)に転出するので、  
下記の認定証明書の交付を申請します。

1. 高齢者の医療の確保に関する法律第99条第2項の被保険者認定証明書
2. 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第8条第1項の障害認定証明書
3. 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第62条第1項の特定疾病認定証明書

年 月 日

旧住所  
申請者 新住所  
氏 名

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

高齢者の医療の確保に関する法律

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  
 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 （ 該 当 ） の 状 況	被 扶 養 者	被用者保険の被扶養者でなくなった日	
		被扶養者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	

上記のとおり、高齢者の医療の確保に関する法律

第99条第2項の被扶養者であった被保険者に該当する  
 第50条第2項の障害認定を行った  
 施行規則第14条第4項の特定疾病認定を行った

ことを証明する。

年 月 日

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

後期高齢者医療負担区分等証明書交付申請書

年 月 日 都(道府県) 市(区町村)に転出するので本人及び  
同一世帯に転出する以下の者に係る高齢者の医療の確保に関する法律による負担区分等  
証明書の交付を申請します。

氏 名

氏 名

氏 名

氏 名

氏 名

年 月 日

旧住所

申請者 新住所

氏 名

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

様式第11号（第10条関係）

後期高齢者医療負担区分等証明書

1	氏名					年 月 日		
	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	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					年 月 日		
	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	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					年 月 日		
	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	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					年 月 日		
	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	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					年 月 日		
	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	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

山形県後期高齢者医療広域連合長



様式第12号（第11条関係）

後期高齢者医療資格喪失証明書交付申請書

年 月 日に後期高齢者医療の資格を喪失したので、後期高齢者医療資格喪失証明書の交付を申請します。

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

様式第13号（第11条関係）

後期高齢者医療資格喪失証明書

被 保 険 者	住 所							
	フリガナ							
	氏 名							
	生年月日	年	月	日	性別	男・女		
資 格	保 険 者 名	山形県後期高齢者医療広域連合						
	保 険 者 番 号	3	9	0	6			
	被 保 険 者 番 号							
	資 格 喪 失 年 月 日	年	月	日				
	資 格 喪 失 理 由	1. 障害認定申請撤回 2. 障害状態不該当						

上記のとおり後期高齢者医療の被保険者資格を喪失したことを証明する。

年 月 日

山形県後期高齢者医療広域連合長

印

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	
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 月 日	年 月 日	年 月 日
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後期高齢者医療の被保険者の方、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、世帯に本人以外の後期高齢者医療の被保険者の方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。

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

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

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

様式第15号（第12条関係）

年 月 日

様

山形県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療基準収入額適用申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行令第7条第3項に基づく基準収入額適用申請については、下記の理由により却下しましたので通知します。

被 保 険 者 番 号	
氏 名	
却 下 年 月 日	年 月 日
却 下 理 由	

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16号（第13条関係）

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	
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	年	月 日
	住所		
傷病名			
発病又は負傷年月日		年	月 日
減免等種類			
申請の理由			

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

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

減額  
免除  
徴収猶予  
を申請します。

年 月 日

申請者 氏名

様式第17号 (第13条関係)

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		
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

3	9	0	6				
---	---	---	---	--	--	--	--

山形県後期高齢者医療広域連合長



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

3	9	0	6				
---	---	---	---	--	--	--	--

山形県後期高齢者医療広域連合長



様式第19号 (第13条関係)

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

3	9	0	6				
---	---	---	---	--	--	--	--

山形県後期高齢者医療広域連合長



年 月 日

様

山形県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療一部負担金減免及び徴収猶予申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第33条第2項に基づく一部負担金減免及び徴収猶予申請については、下記の理由により却下しましたので通知します。

被 保 険 者 番 号	
氏 名	
却 下 年 月 日	年 月 日
却 下 理 由	

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27号（第20条関係）

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	
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	年	月 日
	住所		
疾病の名称	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固因子障害の一部 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		
山形県後期高齢者医療広域連合長 様			
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			
申請者 氏名 _____			

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。
	年 月 日
	医療機関の名称 _____
	所在地 _____
	医師名 _____ (印)

年 月 日

様

山形県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療特定疾病認定申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第62条第1項に基づく特定疾病認定申請については、下記の理由により却下しましたので通知します。

被 保 険 者 番 号	
氏 名	
却 下 年 月 日	年 月 日
却 下 理 由	

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。

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請書

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	男・女
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所		
保険者番号			
保険者の名称及び所在地			
長期入院		該当・非該当	

ここから下は長期入院該当者のみ記入してください。		入院日数合計( 日間)	
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
④	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
⑤	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日～ 年 月 日 ( 日間)	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

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・標準負担額の減額を申請します。

年 月 日

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

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	男・女	
	氏名					
	生年月日	年	月	日		
	住所					

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

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の適用を申請します。

年 月 日

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

年 月 日

様

山形県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第67条第1項に基づく限度額適用・標準負担額減額認定申請については、下記の理由により却下しましたので通知します。

被 保 険 者 番 号	
氏 名	
却 下 年 月 日	年 月 日
却 下 理 由	

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。

年 月 日

様

山形県後期高齢者医療広域連合長



後期高齢者医療限度額適用認定申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第66条の2第1項に基づく限度額適用認定申請については、下記の理由により却下しましたので通知します。

被 保 険 者 番 号	
氏 名	
却 下 年 月 日	年 月 日
却 下 理 由	

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。