

様式第1号（第2条関係）

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	年 月 日	
住所		
申請区分		
申請事由		
所有手帳 又は証書種類		

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

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			
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)		
	(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



後期高齢者医療資格確認書の返還通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第54条の2第2項に基づき資格確認書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) 予防接種法第16条第1項第1号又は第2項第1号の医療費の支給
- (3) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第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
- (4) 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
- (5) 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
- (6) 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
- (7) 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(同法第44条の9第1項の規定に基づく政令によって準用される場合を含む。)、第37条の2第1項又は第44条の3の2第1項(同法第44条の9第1項の規定に基づく政令によって準用される場合を含む。)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
- (8) 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
- (9) 新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済に関する特別措置法第4条第1号の医療費の支給
- (10) 特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法第12条第1項の定期検査費又は同法第14条第1項の世帯内感染防止医療費の支給
- (11) 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項の特定医療費の支給
- (12) 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
- (13) 高齢者の医療に関する法律施行令第14条第6項の規定による高額療養費の支給
- (14) 国民健康保険法施行規則第27条の4の2第15号の規定により厚生労働大臣が定める医療に関する給付

様式第7号（第6条関係）

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

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	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			
の再交付を申請します。			
年 月 日			

後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書

交付を希望する被保険者	フリガナ氏名							生年月日	年	月	日
個人番号											
住 所											

申請理由	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予定である <input type="checkbox"/> 介助者等の第三者が被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である <input type="checkbox"/> 既に資格確認書の交付を受けているが、任意記載事項についても記載したい <input type="checkbox"/> その他 ※マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができない事情を具体的に記載ください
該当するものに ☑してください	()
任意記載事項の記載の希望	任意記載事項の記載を希望する（希望するもの全てに☑してください） <input type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分 <input type="checkbox"/> 特定疾病区分 <input type="checkbox"/> 任意記載事項の記載を希望しない ※任意記載事項を記載することで、例えば、同一医療機関等において、1箇月につき定められた自己負担限度額の範囲内で療養の給付を受けることができます。 ※「自己負担限度額等の適用区分」とは、自己負担限度額の適用区分又は食事療養標準負担額若しくは生活療養標準負担額の減額の適用区分をいいます。 ※「特定疾病区分」とは、厚生労働大臣が定める特定疾病（人工腎臓を実施する慢性腎不全など）の認定を受けた場合の認定を受けた特定疾病を指す区分（記号で表記）をいいます。

山形県後期高齢者医療広域連合長 様
 上記のとおり、 資格確認書の交付 ・ 任意記載事項の併記 を申請します。

年 月 日

申請者

氏 名
住 所
電話番号
被保険者本人との関係

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



後期高齢者医療資格確認書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資格確認書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

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



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

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	
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



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 月 日	年 月 日	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

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	
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	
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 を申請します。

年 月 日

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



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	
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	年	月 日
	住所		
疾病の名称			
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			

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 長期入院日数届書

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	年 月 日	
	住所		

<長期入院に関する届出欄>

入院日数合計（ 日間）			
①	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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	届出日の前12か月の入院日数	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、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。
- ・資格確認書を保有し、長期入院被保険者として認定された場合は、長期入院該当日を資格確認書に併記することを希望します。

年 月 日