

兵庫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の一部を改正する規則をここに公布する。

平成30年8月1日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 藤原 保幸

兵庫県後期高齢者医療広域連合規則第5号

兵庫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の一部を改正する規則

兵庫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年兵庫県後期高齢者医療広域連合規則第1号）の一部を次のように改正する。

第2条第2項中「定める」を「定める程度の」に、「ないことを確認したときは、」を「あること又はないことを確認し、被保険者証を交付し、又は」に改める。

第11条の2第2項中「不承認としたときは、」を「被保険者証を交付し、又は」に改める。

第13条第2項中「不承認としたときは、」を「一部負担金の割合を変更した被保険者証を交付し、又は」に改める。

第28条第2項中「不承認としたときは、」を「特定疾病療養受療証を交付し、又は」に改める。

第29条の次に次の3条を加える。

（限度額適用の認定申請）

第29条の2 省令第66条の2第1項の規定による限度額適用の認定に関する申請書の様式は、後期高齢者医療限度額適用認定申請書（様式第28号の2）のとおりとする。

2 広域連合長は、前項の申請書を受理したときは、速やかに承認又は不承認を決定し、限度額適用認定証を交付し、又は後期高齢者医療限度額適用認定申請却下通知書（様式第28号の3）により当該被保険者に対し通知するものとする。

（限度額適用認定証の更新）

第29条の3 省令第66条の2第6項の規定による限度額適用認定証の更新は、1年ごとに行う。

2 限度額適用認定証の更新時期は、特段の事由がある場合を除き、毎年8月1日とする。

（限度額適用認定証の再交付申請）

第29条の4 省令第66条の2第6項の規定による限度額適用認定証の再交付に関する申請書は、後期高齢者医療限度額適用認定証再交付申請書（様式第7号）のとおりとする。

第30条第2項中「不承認としたときは、」を「限度額適用・標準負担額減額認定証を交付し、又は」に改める。

第32条を次のように改める。

第32条 削除

様式第4号を次のように改める。

後期高齢者医療資格取得（変更・喪失）届

事由発生年月日	年 月 日	届出年月日	年 月 日
証種別	<input type="checkbox"/> 被保険者証	事由	1 新規届出
	<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証		<input type="checkbox"/> 県外転入
	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証		<input type="checkbox"/> 生保停廃止
	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証		<input type="checkbox"/> 年齢到達
			<input type="checkbox"/> その他 ()
			2 変更届出
			<input type="checkbox"/> 氏名変更
			<input type="checkbox"/> 県内市(区)町転出入
			<input type="checkbox"/> 市(区)町内転居
			<input type="checkbox"/> その他 ()
			3 喪失届出
			<input type="checkbox"/> 死亡
			<input type="checkbox"/> 県外転出
			<input type="checkbox"/> 生活保護開始
			<input type="checkbox"/> その他 ()

太わく内をご記入ください。

	新規、変更後、喪失後の状況	変更前、異動前の状況	
フリガナ			
被保険者氏名			
被保険者番号		個人番号	
生年月日	明・大・昭・(西暦) 年 月 日	性別	男 ・ 女
住所、居所地 (施設名等)			
フリガナ			
世帯主氏名 (続柄)	()	()	
世帯主生年月日	明・大・昭・(西暦) 年 月 日	世帯主性別	男 ・ 女
同世帯における被保険者の有無	有	<同世帯の被保険者氏名> <被保険者番号>	
	無	_____ []	

上記のとおり関係書類を添えて届出します。

なお、被保険者の資格に関し、広域連合又は市(区)町が被保険者の配偶者若しくは被保険者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者又はこれらであった者に対し、必要な調査を行うことに同意します。

届出人住所：

届出人氏名：

(続柄：)

(電話 - -)

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

証処理	交付：窓口・郵送 (/)
	回収：済・未 (/)
	<本人確認> 書類名： 番号：

<証返還誓約> (※ 証提出がない場合のみ記入)

このたび、被保険者証等を持参しなかったため提出することができません。後日、直ちに返納することはもちろん、当該被保険者証等にて、医療給付を受けないことを誓約いたします。

年 月 日

届出人氏名 _____



備考	
----	--

受付者	保険料精算	通称名希望
	未・済	有・無

様式第7号を次のように改める。

被保険者証
限度額適用・標準負担額減額認定証
 後期高齢者医療 限度額適用認定証 再交付申請書
特定疾病療養受療証
 ()

届出者名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	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	明・大・昭・(西暦) 年 月 日	性別	男・女
	住所			
申請の理由		紛失・盗難・汚損・破損・その他 ()		
兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 上記のとおり、後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 の再交付を申請します。 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 () なお、紛失等にかかるもので後日発見した場合は、直ちに返還します。 年 月 日 申請者 (被保険者) 氏名 (印)				

--- 以下市(区)町記入欄 ---

受付者		証 処 理	交付：窓口・郵送 (/)
			回収：済・未 (/)
備考		<本人確認>	
		書類名：	番号

様式第12号を次のように改める。

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	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	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	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	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	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

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

印

様式第 28 号の次に次の 2 様式を加える。

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

届出者名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	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	明治・大正・昭和・(西暦) 年 月 日	
	住所	〒	

兵庫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

(被保険者) 氏名 ㊟

----- 以下市(区)町記入欄 -----

受付日	年 月 日	証 処 理	交付：窓口・郵送 (/)	認定の有無	認定・却下
受付者			<本人確認> 書類名： 番号：	適用区分	区分Ⅰ・区分Ⅱ
				適用開始日	年 月 日

年 月 日

兵庫県後期高齢者医療広域連合長

印

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第84条等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	
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か月以内に、兵庫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か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か月以内に、兵庫県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、兵庫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。

問い合わせ先

様式第31号を次のように改める。

様式第31号 削除

附 則

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現に提出されているこの規則による改正前の兵庫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の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、この規則による改正後の兵庫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の様式によるものとみなす。

3 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。