

長崎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施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和3年3月29日

長崎県後期高齢者医療広域連合長

田と富久

長崎県後期高齢者医療広域連合規則第4号

長崎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施行規則の一部を改正する規則

長崎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施行規則（平成20年長崎県後期高齢者医療広域連合規則第3号）の一部を次のように改正する。

様式第1号から様式第1号の4までを次のように改める。

様式第1号（第2条関係）

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 ￥ 2 0 0 0 0 0

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	

該当するものに印をつけてください。該当するものがない場合は（ ）内に記載してください。誤印の中には影響ありません。

振込先	銀行	本店・支店	預金種別	普通 当 座
	信用金庫 信用組合 農協・漁協 ( )	( )		

口座番号等  
詳細を記入してください

口座名義人  
(おタカナ)

口座名義人はおタカナで上段より右の順で記入してください。漢字・半角英字は1字として、数字の明は1字あげてください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様 丁

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

死亡者との続柄 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

様式第1号の2(第2条の2関係)

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者番号										
	(フリガナ) 氏名						生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
	住所										
振込先	金融機関 名称	銀行・信用・協同 金融・信託 その他( )					本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他( ) <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>				
	預金別	普通・当座 その他( )			口座番号						
	口座名義(カタカナ)										
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所:</p> <p>電話番号: ( )</p> <p>申請者氏名: _____ 長崎県後期高齢者医療広域連合長 様</p>											

【受取代理人の欄】(被保険者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

被 保 険 者	本申請に基づき給付金に對する受領を下記の代理人に委任します。 年 月 日	
	氏名	住所
代 理 人 (印 名 を 記 入)	〒 _____	被 保 険 者 と の 関 係
	(フリガナ) 氏名	

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	円

## 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	年 月 日	帰国者・帰国者相談センター への相談日 ※帰国した場合に記入	年 月 日 ( 時 分 )								
①医療機関の受診状況		1. 受診した                      2. 受診していない									
①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		年 月 日									
		年 月 日									
		年 月 日									
①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に)											
④療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数 ( 新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり 療養が要される場合を含む)によらない理由や 勤務予定がなかった日は除く。 )	日								
⑥ 上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払いを受けましたか。 または、今後受けられますか。	1. はい                      2. いいえ										
⑦ ⑥で「はい」と回答した場合、その給 与等の額と、その期間支払の対象と なった(なる)期間をご記入ください。	年 月 日から	(給与等の額:円)									
	年 月 日まで	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">年 月 日</div> 上記①～⑦の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
親監督氏名	電話番号

様式第1号の3(第2条の2関係)

## 後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

労務に就することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

<b>被保険者氏名</b>													
①新型コロナウイルス感染症(長期等の症状があり療養が求められる場合を含む)により、労務に就することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 上記の事由による労働給付の総額を×で表示してください。												上記の事由による 無給休暇の日数	
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											日	
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31												
②新型コロナウイルス感染症(長期等の症状があり療養が求められる場合を含む)により、労務に就することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【労務は○】、【労務は△】、【上記の事由による労働給付は×】、【その他の休暇(賃金が支払われる)は＝】、【その他の休暇(賃金が支払われない)は／】でそれぞれ表示してください。												賃金が支払われた日数の計 (○、△、＝ の計)	
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											日	
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											日	
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											日	
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31											日	
この期間に対して、賃金支払いはありましたか？		1. はい 2. いいえ		給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算		締日		日	
								支払日		1. 毎月 2. 翌月		日	
③この期間の課税対象となる賃金支払状況をご記入ください。ただし、期末給付手当(賞与)は除く。													
支給した賃金内訳		区分 \ 期間		単価(円)		月 日 ~ 月 日 分		月 日 ~ 月 日 分		月 日 ~ 月 日 分			
						(A)支給額(円)		(B)支給額(円)		(C)支給額(円)			
		基本給											
		時給											
		季給											
		季給											
		季給											
		季給											
		賞与給付											
		計											
						賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)						円	
賃金計算方法(労働報酬計算方法等)についてご記入ください。													
												年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明します。													
事業所所在地													
事業所名称													
事業主氏名													
署名者氏名								電話番号					

事業主が証明するところ

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名																													
	傷病名															初診日	年 月 日													
	発病年月日	年 月 日														発病の原因														
	労務不能と認められた期間	年 月 日から															医療費用の種別	<input type="checkbox"/> 後払保険 <input type="checkbox"/> 公費( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他												
		年 月 日まで														転帰		<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 轉地 <input type="checkbox"/> 転院												
	うち、入院期間	年 月 日から															転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 轉地 <input type="checkbox"/> 転院												
		年 月 日まで																												
	診察日及び入院していた日を○で囲んでください。	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診察 あり	<input type="checkbox"/>											
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診察 あり	<input type="checkbox"/>										
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診察 あり	<input type="checkbox"/>											
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診察 あり	<input type="checkbox"/>											
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診察 あり	<input type="checkbox"/>												
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診察 あり	<input type="checkbox"/>											
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																														
														手術年月日	年 月 日															
														通院年月日	年 月 日															
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																														
年 月 日																														
上記のとおり相違ありません。																														
医療機関の所在地																														
医療機関の名称																														
医師の氏名																														
電話番号																														

様式第6号を次のように改める。

様式第6号(第4条関係)

後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり 年度分後期高齢者医療保険料の徴収猶予を申請します。

申請者	月割計		申請年月日	年 月 日
	氏名		被保険者との関係	
	住所	〒		
電話番号				

被保険者	被保険者番号		生年月日	年 月 日
	月割計		電話番号	
	氏名			
	住所	〒		

※申請者が被保険者本人の場合、住所・電話番号は記載不要です。

月割計		被保険者との続柄	
世帯主の氏名		生年月日	年 月 日
月割計		被保険者との続柄	
配偶者の氏名		生年月日	年 月 日

対象保険料額	徴収方法の別	特別徴収の方	普通徴収の方
	保険料額	円	円
	徴収月または納期限	月 - 月	第 期 - 第 期

申請内容	理由	【専業主婦】 年 月 日	
添付資料	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 写真証明書</li> <li>- その他( )</li> </ul>		

様式第9号を次のように改める。

様式第9号(第7全関係)

後期高齢者医療保険料徴収猶予理由消滅申告書

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり 年度分後期高齢者医療保険料の徴収猶予の理由が消滅しましたので申告します。

申告者	フリガナ		申告年月日	年 月 日
	氏名		被保険者との関係	
	住所	〒		
電話番号				

被保険者	被保険者番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ		電話番号	
	氏名			
	住所	〒		

※申告者が被保険者本人の場合、住所・電話番号は記載不要です。

フリガナ		被保険者との続納	
世帯主の氏名		生年月日	年 月 日
フリガナ		被保険者との続納	
配偶者の氏名		生年月日	年 月 日

徴収猶予消滅の理由	【徴収猶予理由の消滅年月日 年 月 日】



様式第11号を次のように改める。

様式第11号(第9条関係)

後期高齢者医療保険料減免申請書

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり 年度分後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

申請者	氏名		申請年月日	年 月 日
	住所		被保険者との関係	
	電話番号			

被保険者	被保険者番号					生年月日	年 月 日
	氏名					電話番号	
	住所						
	※申請者が被保険者本人の場合、住所・電話番号は記載不要です。						

氏名		被保険者との続柄		
世帯主の氏名		生年月日	年 月 日	
氏名		被保険者との続柄		
配偶者の氏名		生年月日	年 月 日	

対象保険料額	徴収方法の別	特別徴収の方	普通徴収の方
	保険料額	円	円
	徴収月または納期限	月 ~	第 期 ~
申請書の提出期限---普通徴収の方は納期限前7日までに、特別徴収の方は特別徴収対象年金給付の直近の支払日の7日前までに提出してください。			

申請内容	理由	【事業型生年月日 年 月 日】
	理由	
添付資料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 収入証明書</li> <li>・ その他( )</li> </ul>	

様式第14号を次のように改める。

様式第14号(第12条関係)

後期高齢者医療保険料減免理由消滅申告書

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり 年度分後期高齢者医療保険料の減免の理由が消滅しましたので申告します。

申告者	川がけ		申告年月日	年 月 日
	氏名		被保険者との関係	
	住所	〒		
電話番号				

被保険者	被保険者番号							生年月日	年 月 日
	川がけ							電話番号	
	氏名								
	住所	〒							

※申告者が被保険者本人の場合、住所・電話番号は記載不要です。

川がけ		被保険者との続納		
世帯主の氏名		生年月日	年 月 日	
川がけ		被保険者との続納		
配偶者の氏名		生年月日	年 月 日	

減免消滅の理由	【減免理由の消滅年月日 年 月 日】

様式第16号を次のように改める。

様式第16号(第14条関係)

第 年 月 日 号 日

後期高齢者医療給付申告書

この申告書は 年 月 日提出  
 年度後期高齢者医療保険料算定および負担区分特定の基本となります。  
 年1月1日から 年12月31日までの1年間の収入

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

① 所得金額等

所得の種類	㊦ 収入金額	㊧ 必要経費 <small>(給与所得・退職所得等)</small>	㊨ 所得金額 (㊦-㊧)	備 考
賃 金	円	円	円	
不動産	円	円	円	
農 業	円	円	円	
専従者 控除		円		※専従、不動産、農漁の 必要経費の内数
給 与	円 <sup>※1</sup>			※特定支出額がある場合 は必要経費に記入
専従者 給与	円			※給与収入額の内数
年 金	円		円 <sup>※1</sup>	※遺族年金・障害年金等 非課税年金を除く
贈 与	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	
合計所得金額 <sup>※1</sup>		円	所得金額調整控除額 <sup>※1</sup>	円

※1 令和2年度以前は記入不要です。

② 贈与所得に関する事項

資産の種類 (〇印を行ってください)	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			交換買替・転用・居住用財産 その他( )
2 その他の資産			

附 則

この規則は、令和3年4月1日から施行する。