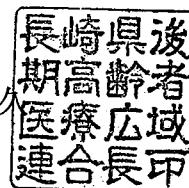


長崎県後期高齢者医療広域連合医療費等明細書交付要領をここに告示する。

令和2年1月27日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 田上 富久



長崎県後期高齢者医療広域連合告示第3号

長崎県後期高齢者医療広域連合医療費等明細書交付要領

(趣旨)

第1条 この要領は、長崎県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）がサービスの一環として作成する医療費等明細書の交付に関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要領において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 遺族 死亡した被保険者の父母、祖父母、配偶者、子又は孫
- (2) 医療費等明細書 被保険者が医療機関等を受診した際の医療費又は広域連合が被保険者等に支給した療養費等の明細

(交付申請ができる者の範囲)

第3条 医療費等明細書の交付申請を行うことができる者は、次に掲げる者とする。

- (1) 被保険者本人（被保険者であった者を含む。）
- (2) 被保険者が成年被後見人である場合における法定代理人
- (3) 遺族
- (4) 遺族が成年被後見人又は未成年の場合における法定代理人
- (5) 遺族から医療費等明細書の交付手続きに関する委任を受けた代理人

（交付申請方法）

第4条 医療費等明細書の交付申請を行おうとする者（以下「申請者」という。）

は、医療費等明細書交付申請書（様式第1号）（以下「交付申請書」という。）を広域連合長に提出しなければならない。

- 2 前項の場合において、申請者は自己が前条各号のいずれかに該当する者であることを証明するために、必要な書類を提出し、又は提示しなければならない。
- 3 申請者は、申請日の5年前の日が属する年度に医療費又は療養費の支給対象となった診療月分まで遡って交付申請を行うことができる。

（本人等の証明に必要な書類）

第5条 前条第2項の場合において、第3条第1号又は第2号のいずれかに該当する者であることを証明するために必要な書類は、長崎県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例施行規則（平成19年長崎県後期高齢者医療広域連合規則第4号。以下「規則」という。）第5条各号に規定する書類とする。

- 2 前項の場合において、規則第5条第1号イのその他広域連合長が適当と認める書類は、公的保険被保険者証、共済組合員証、公的年金証書、公的年金手帳、恩給証書、身体障害者手帳、療育手帳又は交付申請書に押印した印の印鑑登録証明書のうち、いずれか2点とする。ただし、このうち1点は、写

真の貼付のある会社等の身分証明書又は学生証をもって代えることができる。

3 第1項の場合において、規則第5条第2号の広域連合長が認めるものは、次のとおりとする。この場合において、次の第1号から第3号までの書類は、交付申請をする日前30日以内に交付されたものに限る。

- (1) 戸籍謄本又は抄本
- (2) 後見登記等に関する法律（平成11年法律第152号）に基づく登記事項証明書
- (3) 家庭裁判所の証明書
- (4) その他法定代理関係を確認できる書類
（遺族の証明に必要な書類）

第6条 第4条第2項の場合において、第3条第3号から第5号までのいずれかに該当する者であることを証明するために必要な書類は、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に定める書類とする。

- (1) 遺族が申請者である場合 次のいずれかに該当する書類で申請者の氏名及び住所が記載されているもの
 - ア 運転免許証、旅券その他官公署の発行した免許証、許可証又は証明書のうち、いずれか1点
 - イ 公的保険被保険者証、共済組合員証、公的年金証書、公的年金手帳、恩給証書、身体障害者手帳、療育手帳又は交付申請書に押印した印の印鑑登録証明書のうち、いずれか2点。ただし、このうち1点は、写真の貼付のある会社等の身分証明書又は学生証をもって代えることができる。
- (2) 遺族の法定代理人が申請者である場合 前号に掲げる書類で法定代理人の氏名及び住所が記載されているもののほか、法定代理人であることがわか

る次のアからエまでに掲げる書類のうち、いずれか1点。ただし、アからウまでの書類について、交付申請を行う日前30日以内に交付されたものに限る。

ア 戸籍謄本又は抄本

イ 後見登記等に関する法律（平成11年法律第152号）に基づく登記事項証明書

ウ 家庭裁判所の証明書

エ その他法定代理関係を確認できる書類

(3) 遺族の任意代理人が申請者である場合 第1号に掲げる書類で任意代理人の氏名及び住所が記載されているもののほか、交付申請書に押印された委任者の印の印鑑登録証明書

(遺族と被保険者の関係の確認)

第7条 第3条第3号から第5号までに規定する申請者は、被保険者の死亡の事実及び当該被保険者の遺族であることが確認できる戸籍謄本、戸籍抄本又は住民票の写しを提出し、又は提示しなければならない。

(交付決定)

第8条 広域連合長は、申請者から交付申請があったときは、申請書の内容等を審査し、医療費等明細書について交付の可否を決定するものとする。

2 前項の場合において、広域連合長は、交付決定を行ったときは、医療費等明細書（様式第2号）を申請者に交付するものとする。

(費用の負担)

第9条 医療費等明細書の交付は、無料とする。ただし、申請者が郵送による交付を希望するときは、当該申請者が郵送に要する費用を負担しなければな

らない。

(その他)

第10条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、広域連合長が別に定める。

附 則

この要領は、告示の日から施行する。

医療費等明細書交付申請書

被保険者番号		生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
被保険者氏名						
住 所						

診療期間	年		月診療分	～	年	月診療分
申請理由	<input type="checkbox"/> 確定申告のため <input type="checkbox"/> 医療費等の金額の確認のため		<input type="checkbox"/> その他 ()			
交付の実施方法	<input type="checkbox"/> 窓口での交付 <input type="checkbox"/> 郵送による交付 (切手を貼った返信用封筒が必要です)					

※ 該当する□に✓を入れてください。

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

- 上記のとおり、医療費等明細書の交付申請を行います。
- 私（遺族）が上記被保険者の医療費等明細書の交付申請を行いますが、他の遺族から異議申し立てがあった場合は、私の責任において、遺族間で解決することを誓約します。

年 月 日

郵便番号

住 所

申請者

氏 名

㊞

続柄

電話番号

《委任状》

私（遺族）は、下記の者を代理人と定め、医療費等明細書の交付申請及び受領に関する権限を委任します。

年 月 日

郵便番号

委任者
氏 名

㊞

住 所

代理人

氏 名

㊞

続柄

電話番号

医療費等明細書

対象者	被保険者番号	
	氏名	
	住所	

診療期間	
------	--

■医療費について

診療年月	診療区分	医療機関等の名称	日数回数	医療費総額（円）	広域連合支払額（円）	自己負担相当額（円）
合 計						

■療養費等について

療養費等の種類	診療年月（期間）	支給額（円）	支給日
合 計			—

※ 裏面の注意事項もご覧ください。

現在、確認できる医療費等の明細については、上記のとおりです。

年 月 日

【医療費等明細書に関する注意事項について】

■ 医療費について

- ※ この明細書は、医療機関等からの診療報酬明細書等に基づいて作成しているため、「自己負担相当額」が実際に医療機関等に支払った金額とは異なる場合があります（公費負担医療やお住まいの市町による医療費助成など）。また、医療機関等からの診療報酬明細書等の提出が遅れている場合は、この明細書に表示されないことがあります。
- ※ 「医療費総額」には、健康診断料や診断書料などの保険外費用は含まれません。
- ※ 「広域連合支払額」とは、長崎県後期高齢者医療広域連合から医療機関等へ支払った金額で、「医療費総額」のうち、9割（現役並み所得者は7割）に相当する金額となります。
- ※ 「自己負担相当額」とは、「医療費総額」のうち、残りの1割（現役並み所得者は3割）に相当する金額で、医療機関等の窓口で負担する金額となります。

■ 療養費等について

- ※ 「療養費等」とは、広域連合から被保険者等に支給した療養費（補装具、食事療養差額、一般診療等）、移送費、高額療養費（外来年間合算を含む）、高額介護合算療養費等のことをいいます。