

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○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。網掛けの中は記載不要です。

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
左詰記載して下さい

口座名義人
(カタカナ)

口座名義人はカタカナで上段より左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

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 干 一

申請者 住所 _____

氏名 _____

死亡者との続柄 _____

電話 _____

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	フリガナ		申請年月日	年 月 日
	氏名		被保険者との関係	
	住所	〒 ー ー 電話番号 ー ー		

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	ー ー	
	氏名				
	住所	〒 ー ー			

※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。

フリガナ		被保険者との続柄	
世帯主の氏名		生年月日	年 月 日
フリガナ		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	【事実発生年月日 年 月 日】		
	添付資料	<ul style="list-style-type: none"> ・ り災証明書 ・ その他 () 		

様

長崎県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療保険料徴収猶予決定通知書

さきに申請がありました 年度分保険料の徴収猶予については、次のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
--------	--	--------	--

徴収猶予決定年月日	
決定理由	

納期	保険料額	徴収猶予期間	備考

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、長崎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、長崎県後期高齢者医療広域連合を被告として（訴訟において長崎県後期高齢者医療広域連合を代表する者は広域連合長となります。）、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

長崎県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療保険料徴収猶予却下通知書

さきに申請がありました 年度分保険料の徴収猶予については、次のとおり却下しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
--------	--	--------	--

徴収猶予決定年月日	
却下理由	

納 期	保険料額	徴収猶予期間	備 考

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、長崎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、長崎県後期高齢者医療広域連合を被告として（訴訟において長崎県後期高齢者医療広域連合を代表する者は広域連合長となります。）、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7条関係)

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	〒 ー ー 電話番号 ー ー		

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	ー ー
	氏名			
	住所	〒 ー ー		

※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		被保険者との続柄	
世帯主の氏名		生年月日	年 月 日
フリガナ		被保険者との続柄	
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

長崎県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療保険料徴収猶予取消通知書

年 月 日付けで決定しました 年度分保険料の徴収猶予については、次のとおり取消しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
--------	--	--------	--

徴収猶予取消年月日	
取消理由	

納 期	保険料額	取消前徴収猶予期間	取消後納期限	備 考

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か月以内に、長崎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、長崎県後期高齢者医療広域連合を被告として（訴訟において長崎県後期高齢者医療広域連合を代表する者は広域連合長となります。）、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	フリガナ		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
	フリガナ		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。

フリガナ		被保険者との続柄	
世帯主の氏名		生年月日	年 月 日
フリガナ		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	【事実発生日 年 月 日】	
	添付資料	・り災証明書 ・その他 ()	

様

長崎県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療保険料減免決定通知書

年 月 日付けで申請のあった後期高齢者医療保険料減免申請につきましては、次のとおり決定としたので通知します。

以下の表では、「子ども・子育て支援納付金分」を「子ども分」と表記しています。

氏 名					年 度 区 分	
決定年月日					被保険者番号	
①減免前保険料額	円	②決定減免額	円	③減免後保険料額 (①-②)	円	
	医療分		円		医療分	円
	子ども分		円		子ども分	円
減免相当月	年 月 から 年 月					
減 免 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、長崎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、長崎県後期高齢者医療広域連合を被告として（訴訟において長崎県後期高齢者医療広域連合を代表する者は広域連合長となります。）、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

長崎県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療保険料減免却下通知書

年 月 日付けで申請のあった後期高齢者医療保険料減免申請につきましては、次のとおり却下としたので通知します。

氏 名	年度区分
決定年月日	被保険者番号
減 免 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、長崎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、長崎県後期高齢者医療広域連合を被告として（訴訟において長崎県後期高齢者医療広域連合を代表する者は広域連合長となります。）、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	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		被保険者との続柄	
世帯主の氏名		生年月日	年 月 日
フリガナ		被保険者との続柄	
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

長崎県後期高齢者医療広域連合長 印

後期高齢者医療保険料減免取消通知書

年 月 日付けで申請のあった後期高齢者医療保険料減免申請につきましては、次のとおり取消としたので通知します。

以下の表では、「子ども・子育て支援納付金分」を「子ども分」と表記しています。

氏 名					年 度 区 分		
決定年月日					被保険者番号		
①減免前保険料額	円	②決定減免額	円	③減免後保険料額 (①-②)	円		
	医療分		円		医療分	円	
	子ども分		円		子ども分	円	
減免相当月	年 月 から 年 月						
減 免 取 消 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、長崎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、長崎県後期高齢者医療広域連合を被告として（訴訟において長崎県後期高齢者医療広域連合を代表する者は広域連合長となります。）、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。

後期高齢者医療簡易申告書

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判定の基礎となります。

年1月1日から 年12月31日までの1年間の収入

氏名 (生年月日) 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	① 収入金額	② 必要経費 (専従者給与額・控除額を含む)	③ 所得金額 (①-②)	備考
営業	円	円	円	
不動産	円	円	円	
農業	円	円	円	
専従者控除		円		※営業, 不動産, 農業の必要経費の内数
給与	円	※1		※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		※1	※遺族年金・障害年金等非課税年金を除く
譲渡	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 ※1		円	所得金額調整控除額 ※1	円

※1 令和2年度以前は記入不要です。

② 譲渡所得に関する事項

資産の種類 (○印を付してください)	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 2 その他の資産			交換買換・収用・居住用財産 その他 ()