

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 ー

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づ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 ー

申請者 住所 _____

氏名 _____ 印

死亡者との続柄 _____

電話 _____

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・接触者相談センター への相談日 ※相談した場合に記入	年 月 日 (時頃)
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 感染が疑われる場合を含む)によらない休暇や 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 ⑤で「はい」と回答した場合、その給 与等の額と、その報酬支払の対象と なった(なる)期間をご記入ください。	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額:円) □ □ □ □ □ □ □ □	

(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	年 月 日
	上記④～⑦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 ⑧
担当者氏名	電話番号

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

労務に服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。

被保険者氏名															
①新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。												左記の事由による 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														日
②新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に服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 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇(賃金が生じる)は=】、 【その他の休暇(賃金が生じない)は/】でそれぞれ表示してください。												賃金が生じた日数の計 (○、△、= 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
②の期間に対して、賃金を支払いましたか?		1. はい	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日		日						
		2. いいえ		<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給		支払日		1. 当月	日					
				<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他		2. 翌月		日						
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。															
事業主が証明するところ	期間 区分	単価(円)	月 日 ~ 月 日 ~ 月 日 ~ 月 日 分 月 日 分 月 日 分												
			(A)支給額(円)			(B)支給額(円)			(C)支給額(円)						
	基本給														
	時給														
	手当														
	手当														
	手当														
	手当														
	現物給与														
	計														
			賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)						円						
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)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 (印)															
担当者氏名					電話番号										

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											療養費用の種別																			
		年 月 日まで												療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																	
	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"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																			
		年 月 日まで											療養費用の種別																			
	診療日及び入院 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	診療 実日数	日												
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31														
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日													
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日															
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31														
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																
															退院年月日	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 ⑩ 電話番号																																

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額決定通知書

※ 年度分の後期高齢者医療保険料額を以下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							
決定年月日	年 月 日	決定理由							
年度分の保険料額									円

保険料算定の基礎

① 賦課のもととなる所得金額	② 所得割率	③ 所得割額 ①×②(12か月分)	④ 均等割額 (12か月分)	⑤ 算出額 ③+④	⑥ 限度超過額	
⑦ 所得割軽減額 (12か月分)	均等割軽減割合	⑧ 均等割軽減額 (12か月分)	⑨ 年保険料額 ⑤-⑥-⑦-⑧	月数	⑩ 月割減額	⑪ 保険料額 ⑨+⑩-⑪-⑫

後期高齢者医療制度に加入する前日において被用者保険の被扶養者であった被保険者については、後期高齢者医療制度に加入した日の属する月から2年を経過する月までのうち、本年度分の保険料算定の基礎が、こちらに表示されます。

⑬ 均等割額 (12か月分)	均等割軽減割合	⑭ 均等割軽減額 (12か月分)	⑮ 年保険料額 ⑬-⑭	月数	⑯ 月割減額

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。

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額変更決定通知書

※ 年度分の後期高齢者医療保険料額を以下のとおり変更しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号							
決定年月日	年 月 日	決定理由							
年度分の保険料額									円

保険料算定の基礎

	① 賦課のもととなる所得金額	② 所得割率	③ 所得割額 ①×②(12か月分)	④ 均等割額 (12か月分)	⑤ 算出額 ③+④	⑥ 限度超過額
変更前						
変更後						
	⑦ 所得割軽減額 (12か月分)	均等割軽減割合	⑧ 均等割軽減額 (12か月分)	⑨ 年保険料額 ⑤-⑥-⑦-⑧	月数	⑩ 月割減額 ⑨+⑩-⑩-⑭
変更前						
変更後						

後期高齢者医療制度に加入する前日において被用者保険の被扶養者であった被保険者については、後期高齢者医療制度に加入した日の属する月から2年を経過する月までのうち、本年度分の保険料算定の基礎が、こちらに表示されます。

	⑪ 均等割額 (12か月分)	均等割軽減割合	⑫ 均等割軽減額 (12か月分)	⑬ 年保険料額 ⑪-⑫	月数	⑭ 月割減額
変更前						
変更後						

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

後期高齢者医療仮徴収額決定通知書

※ 年度分の後期高齢者医療保険料仮徴収額を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							
決定年月日	年 月 日	決定理由							
仮徴収額									円

保険料算定の基礎

① 賦課のもととなる所得金額	② 所得割率	③ 所得割額 ①×②	④ 均等割額	⑤ 算出額 ③+④
⑥ 軽減額	⑦ 限度超過額	⑧ 年保険料額 ⑤-⑥-⑦	保険料額	仮徴収額
				×

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

後期高齢者医療仮徴収額変更決定通知書

※ 年度分の後期高齢者医療保険料仮徴収額を次のとおり変更しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号								
決定年月日	年 月 日	決定理由								
		仮徴収額	変更前							円
			変更後							円

保険料算定の基礎

	① 賦課のもととなる 所得金額	② 所得割率	③ 所得割額 ①×②	④ 均等割額	⑤ 算出額 ③+④
変更前					
変更後					
	⑥ 軽減額	⑦ 限度超過額	⑧ 年保険料額 ⑤-⑥-⑦	保険料額	仮徴収額
変更前					× —
変更後					× —

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	印	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		性別	男 ・ 女
	氏名	印	電話番号	ー ー
	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
		性別	男 ・ 女
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
		性別	男 ・ 女

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	・ 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。

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。

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	印	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		性別	男 ・ 女
	氏名	印	電話番号	— —
	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
		性別	男 ・ 女
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
		性別	男 ・ 女

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	印	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		性別	男 ・ 女
	氏名	印	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。

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
		性別	男 ・ 女
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
		性別	男 ・ 女

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。

氏名		年度区分	
		被保険者番号	
決定年月日		決定減免額	
減免前保険料額		減免後保険料額	
減 免 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	
		被保険者番号	
決定年月日		決定減免額	
減免前保険料額		減免後保険料額	
減 免 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	印	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		性別	男 ・ 女
	氏名	印	電話番号	ー ー
	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
		性別	男 ・ 女
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
		性別	男 ・ 女

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。

氏名		年度区分	
		被保険者番号	
決定年月日		決定減免額	
減免前保険料額		減免後保険料額	
減 免 取 消 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	印	職業
	(生年月日) 年 月 日	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			
専従者給与	円			※給与収入額の内数
年金	円			※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	

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・取用・居住用財産 その他 ()