

様式1号（第7条関係）

後期高齢者医療一部負担金減免等申請書								
被 保 険 者 番 号								
被 保 険 者	氏 名							
	生 年 月 日	明 治		年		月		日
	住 所							
傷 病 名								
発 病 又 は 負 傷 年 月 日								
減 免 、 徴 収 猶 予 の 別		減 免	徴 収 猶 予					
申 請 の 理 由								
<p>上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療の一部負担金の <span style="font-size: 2em;">〔 減 免 徴 収 猶 予 〕</span> を申請します。</p> <p>一部負担金の減免又は徴収猶予の承認をする必要があるときは、私及び世帯員の資産並びに収入の状況について、担当する職員が関係機関若しくは関係人に報告を求めることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p>長崎県後期高齢者医療広域連合長 様</p>								

生活状況申告書

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

住所  
申告者  
氏名

下記のとおり、私の生活状況について申告します。

氏名		職業				
収入の種類		<input type="checkbox"/> 年金収入 <input type="checkbox"/> 給与収入 <input type="checkbox"/> 事業収入 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> その他 ※給与収入がある方は、給与証明書を提出してください。 なお、給与収入のみの方は、収入状況の記入は不要です。				
収入状況	実収入月額		今月分	前月分	前々月分	備考
	実収入額	年金	円	円	円	
		事業（売上）	円	円	円	
		不動産	円	円	円	
		利子配当	円	円	円	
			円	円	円	
		小計（ア）	円	円	円	
	支出の内訳額	雇用賃金	円	円	円	
		仕入代金・外注工賃	円	円	円	
		交通費・通信費	円	円	円	
		税金・社会保険料	円	円	円	
		家賃・地代	円	円	円	
			円	円	円	
			円	円	円	
		小計（イ）	円	円	円	
差引収入額（ア）－（イ）		円	円	円		
土地建物	居住用資産の面積（1）		その他資産の面積（2）		合計面積（1）＋（2）	
	土地	m <sup>2</sup>	土地	m <sup>2</sup>	土地	m <sup>2</sup>
	家屋	m <sup>2</sup>	家屋	m <sup>2</sup>	家屋	m <sup>2</sup>
預貯金等	預貯金	円				
	有価証券等	円				
住居	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家・借間（借料 円/月）					
その他資産						

注意）世帯主及び収入のある被保険者全員について、個人ごとに記入してください。

添付書類（様式第2号関係）

給 与 証 明 書

年 月 日

所在地

事業主（雇主）

下記のとおり証明します。

住 所		職 名 及 び		
氏 名		職 務 内 容		
区 分	今 月 分	前 月 分	前 々 月 分	
勤務（就労）日数		日	日	日
収入額	基本給	円	円	円
	家族手当（人）	円	円	円
	住居手当	円	円	円
	時間外手当	円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
	小計（ア）	円	円	円
支出額	所得税	円	円	円
	市町県民税	円	円	円
	健康保険料	円	円	円
	厚生年金保険料	円	円	円
	雇用保険	円	円	円
	労働組合費	円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
	小計（イ）	円	円	円
差引収入額（ア）－（イ）		円	円	円

記入上の注意

この証明書は、後期高齢者医療一部負担金の免除・減額・徴収猶予の申請のため、長崎県後期高齢者医療広域連合長に対し、世帯主が生活状況の申告をする場合に必要なものです。

今月及び前2ヵ月の期間におけるすべての給与額及び控除額（今月分は見込み額）について、それぞれ内訳を明らかにして記入してください。

様式第3号（第7条関係）

医 師 等 の 証 明	
傷病名及び症状	(1)
	(2)
	(3)
発病又は負傷年月日	(1)
	(2)
	(3)
療養見込期間	入院 年 月 日から
	外来 年 月 日まで
上記のとおり療養が必要なことを証明します。	
年 月 日	
保険医療機関等の名称	
所在地	
保険医等の氏名	
電話番号	

納 入 誓 約 書

私は、徴収猶予された一部負担金を下記期限日までに納付することを確約します。  
以上、誓約し、後日の証として本書を提出します。

期 限 日

年 月 日（申請日から6ヶ月以内）

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

住所

誓約者

氏名

様式第5号（第8条関係）

後期高齢者医療一部負担金免除証明書

被保険者番号		
被 保 険 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	
有 効 期 限	自	至

上記のとおり、後期高齢者医療一部負担金の免除を行っている者であることを証明する。

年 月 日

3	9	4	2				
---	---	---	---	--	--	--	--

長崎県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療一部負担金減額証明書

被 保 険 者 番 号		
被 保 険 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	
減 額		
有 効 期 限		自  至

上記のとおり、後期高齢者医療一部負担金の減額を行っている者であることを証明する。

年 月 日

3	9	4	2				
---	---	---	---	--	--	--	--

長崎県後期高齢者医療広域連合長

様式第7号（第8条関係）

後期高齢者医療一部負担金徴収猶予証明書

被保険者番号		
被 保 険 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	
有 効 期 限	自	
	至	

上記のとおり、後期高齢者医療一部負担金の徴収猶予を行っている者であることを証明する。

年 月 日

3	9	4	2				
---	---	---	---	--	--	--	--

長崎県後期高齢者医療広域連合長

長崎県後期高齢者医療広域連合長

後期高齢者医療一部負担金減免等却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第33条第3項に基づく一部負担金減免及び徴収猶予申請については、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、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。



後期高齢者医療一部負担金減免等変更通知書

被保険者番号							
住所							
被保険者の氏名・生年月日	明・大・昭 年 月 日生						
傷病名			発病・負傷 年 月 日	年 月 日			
変更年月日	年 月 日 (承認番号第 号)						
変更後の内容	減 額                    %   ·   免 除   ·   徴収猶予						
減免・徴収猶予の期間	年 月 日 から                    日間 年 月 日 まで						
返納金額	円		納入期限	年 月 日			
取消の理由	ア 資力の回復その他の事情が変化したため。 イ 世帯の変更をし、減免等の区分が変化したため。						

年 月 日承認しました後期高齢者医療一部負担金の減免・徴収猶予は、上記のとおり変更しましたので通知します。なお、減免・徴収猶予により支払いを免れた一部負担金を、別紙納入通知書により返納してください。

年 月 日

様

長崎県後期高齢者医療広域連合長

**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。

後期高齢者医療一部負担金減免等変更通知書

被保険者番号			
住 所			
被保険者の 氏名・生年月日	明・大・昭 年 月 日生		
傷 病 名	発病・負傷 年 月 日	年 月 日	
変更年月日	年 月 日 (承認番号第 号)		
変更後の内容	減 額                    %   ·   免 除   ·   徴収猶予		
減免・徴収猶予 の 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間		
取 消 の 理 由	ア 資力の回復その他の事情が変化したため。 イ 世帯の変更をし、減免等の区分が変化したため。		
<p>年 月 日承認しました後期高齢者医療一部負担金の減免 徴収猶予は 上記のとおり変更しましたので通知します。</p> <p>年 月 日</p> <hr/> <p>長崎県後期高齢者医療広域連合長</p>			



