

福岡県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和 6 年 1 1 月 2 7 日

福岡県後期高齢者医療広域連合

広域連合長 月 形 祐 二

福岡県後期高齢者医療広域連合規則第 5 号

福岡県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する
規則の一部を改正する規則

福岡県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する規則（平成 20 年規則第 7 号）の一部を次のように改正する。

第 3 条中「被保険者証」を「省令第 1 6 条第 2 項に規定する資格確認書又は省令第 2 0 条第 1 項に規定する資格情報通知書」に改める。

第 5 条の見出し中「被保険者証」を「保険料の滞納に係る資格確認書」に改め、同条中「省令第 1 5 条第 1 項に規定する被保険者証」を「省令第 5 4 条の 2 第 2 項に規定する資格確認書」に、「被保険者証の返還通知書（様式第 4 号）」を「資格確認書の返還通知書（様式第 4 号の 3）」に改め、同条を第 5 条の 2 とする。

第 4 条の次に次の 1 条を加える。

（資格確認書の交付申請）

第 5 条 省令第 1 6 条第 1 項に規定する申請書は、資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書（様式第 4 号）によらなければならない。

2 広域連合長は、前項の申請書の提出があった場合において、資格確認書の交付を行わないときは、資格確認書交付申請却下通知書（様式第 4 号の 2）により申請者に対し通知するものとする。

第 6 条中「省令第 1 6 条第 1 項及び第 2 項」を「省令第 5 4 条の 4 第 1 項及び第 2 項」に改める。

第 7 条中「広域連合長が、法第 1 3 7 条第 1 項に基づき、法第 5 4 条第 4 項」を「省令第 5 4 条の 5 第 2 項」に改める。

第 8 条の見出し中「被保険者証等」を「資格確認書等」に改め、同条中「省令第 1 9 条第 1 項（省令第 2 1 条において準用する場合を含む）

）」を「省令第 17 条第 1 項及び第 21 条第 1 項」に、「被保険者証等再交付申請書（様式第 6 号）」を「資格確認書等再交付申請書（様式第 6 号）」に改める。

第 15 条第 3 項中「省令第 19 条第 1 項」を「省令第 17 条第 1 項」に、「被保険者証等再交付申請書」を「資格確認書等再交付申請書」に改める。

第 16 条第 1 項中「限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書兼入院日数届書（様式第 22 号）」を「資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書」に改め、同条第 2 項中「限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請却下通知書（様式第 23 号）」を「資格確認書併記申請却下通知書（様式第 22 号）」に改め、同条第 3 項中「規定する限度額適用認定証」を「規定する資格確認書」に、「限度額適用認定証の返還通知書（様式第 24 号）」を「資格確認書（限度額適用認定）の返還通知書（様式第 23 号）」に、「規定する限度額適用・標準負担額減額認定証」を「規定する資格確認書」に、「限度額適用・標準負担額減額認定証の返還通知書（様式第 24 号の 2）」を「資格確認書（限度額適用・標準負担額減額認定）の返還通知書（様式第 23 号の 2）」に改め、同条第 4 項を削る。

第 16 条の次に次の 1 条を加える。

（長期入院日数届書）

第 16 条の 2 後期高齢者医療の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額（平成 19 年厚生労働省告示第 395 号）に規定する届書は、長期入院日数届書（様式第 24 号）によらなければならない。

第 20 条第 1 項中「被保険者証に」を削る。

様式第 4 号中「（第 5 条関係）」を「（第 5 条の 2 関係）」に、「後期高齢者医療被保険者証の返還通知書」を「後期高齢者医療資格確認書の返還通知書」に、「高齢者の医療の確保に関する法律第 54 条（第 4 項・第 5 項）に基づき被保険者証」を「高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 54 条の 2 第 1 項に基づき資格確認書」に改め、同様式を様式第 4 号の 3 とする。

様式第 3 号の次に次の二様式を加える。

後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書

令和 年 月 日

(あて先) 福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

被 保 険 者 (申 請 者)	被保険者番号								個人番号	
	氏 名									
	生年月日	明治・大正・昭和			年		月		日	
	住 所 等									
(電話番号 — —)										

申 請 理 由 該当するものに ☑してください	☐ マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない
	☐ マイナンバーカードを返納する予定である
	☐ 介助者等の第三者が被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である
	☐ 既に資格確認書の交付を受けているが、任意記載事項についても記載・変更したい
	☐ その他 ()
	※マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができない事情を具体的に記載ください
※ マイナンバーカードを取得していない方、取得しているが保険証利用登録を行っていない方には、申請によらず資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。	

任意記載事項の 記載の希望	任意記載事項の記載を希望する (希望するもの全てに☑してください)
	☐ 自己負担限度額等の適用区分
	☐ 特定疾病区分
	☐ 任意記載事項の記載を希望しない
※ 任意記載事項を記載することで、例えば、同一医療機関等において、1箇月につき定められた自己負担限度額の範囲内で療養の給付を受けることができます。	
※ 「自己負担限度額等の適用区分」とは、自己負担限度額の適用区分又は食事療養標準負担額若しくは生活療養標準負担額の減額の適用区分をいいます。	
※ 「特定疾病区分」とは、厚生労働大臣が定める特定疾病 (人工腎臓を実施する慢性腎不全など) の認定を受けた場合の認定を受けた特定疾病を指す区分 (記号で表記) をいいます。	

申請が被保険者 以外の場合	氏 名		被保険者との続柄	
	住 所 等			
	(□被保険者と同じ)	(電話番号 — —)		

※太ワタの中の必要な部分だけ記入してください (申請 (届出) が被保険者以外の場合で住所や電話番号が被保険者と同じ場合はレ点を付けてください)。

様式第4号の2（第5条関係）

年 月 日

様

福岡県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 印

後期高齢者医療資格確認書交付申請却下通知書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第16条第1項に基づく資格確認書交付申請については、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	
被保険者氏名	
却下年月日	年 月 日
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、福岡県後期高齢者医療審査会（福岡県医療保険課内）に対して審査請求をすることができます。

なお、この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でなければ提起することができませんが、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、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、又はその他正当な理由があるときは、裁決を経ないで提起することができます。

この訴えは、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、福岡県後期高齢者医療広域連合（代表者は広域連合長になります。）を被告として提起することができます。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することができません。

様式第 5 号の 2 中

- 「
- 1 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による一般疾病医療費の支給
 - 2 児童福祉法第63条の3の2第1項、第2項の障害児施設給付費等を支給することができる」とされた者に対する第24条の20第1項の障害児施設医療費の支給
 - 3 予防接種法第12条第1項第1号、第2項第1号の医療費の支給
 - 4 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第58条第1項の自立支援医療費、第70条第1項の療養介護医療費、第71条第1項の基準該当療養介護医療費の支給
 - 5 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第30条第1項の費用の負担が行われる医療に関する給付
 - 6 麻薬及び向精神薬取締法第58条の17第1項により費用の負担が行われる医療に関する給付
 - 7 独立行政法人医薬品医療機器総合機構法第16条第1項第1号、第20条第1項第1号の医療費の支給
 - 8 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条第1項、第37条の2第1項の費用の負担が行われる医療に関する給付又は当該医療に要する費用の支給
 - 9 石綿による健康被害の救済に関する法律第4条第1項の医療費の支給
 - 10 新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等に関する特別措置法第4条第1号の医療費の給付
 - 11 特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法第12条第1項の定期検査費又は同法第14条第1項の世帯内感染防止医療費の支給
 - 12 沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令第3条、第4条の医療費の支給
 - 13 高齢者の医療の確保に関する法律施行令第14条第4項の高額療養費の支給
 - 14 国民健康保険法施行規則第5条の5第12号の規定により厚生労働大臣が定める医療に関する給付
- 」

を

- 「
- 1 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による一般疾病医療費の支給
 - 2 予防接種法第16条第1項第1号、第2項第1号の医療費の支給
 - 3 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第58条第1項の自立支援医療費、第70条第1項の療養介護医療費、第71条第1項の基準該当療養介護医療費の支給
 - 4 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第30条第1項の費用の負担が行われる医療に関する給付
 - 5 麻薬及び向精神薬取締法第58条の17第1項により費用の負担が行われる医療に関する給付
 - 6 独立行政法人医薬品医療機器総合機構法第16条第1項第1号、第20条第1項第1号の医療費の支給
 - 7 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条第1項、第37条の2第1項の費用の負担が行われる医療に関する給付又は当該医療に要する費用の支給
 - 8 石綿による健康被害の救済に関する法律第4条第1項の医療費の支給
 - 9 新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済に関する特別措置法第4条第1号の医療費の支給
 - 10 特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法第12条第1項の定期検査費又は同法第14条第1項の世帯内感染防止医療費の支給
 - 11 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項の特定医療費の支給
 - 12 沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令第3条、第4条の医療費の支給
 - 13 高齢者の医療の確保に関する法律施行令第14条第6項の高額療養費の支給
 - 14 国民健康保険法施行規則第27条の4の2第15号の規定により厚生労働大臣が定める医療に関する給付
- 」

に改める。

様式第 6 号中「・第 1 6 条」を削り、「後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書」を「後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書」に、「被保険者証等を」を「資格確認書を」に、「□被保険者証」を「□資格確認書」に、「□被保険者資格証明書」を「□資格情報のお知らせ」に改める。

様式第 2 0 号中「医師名_____印」を「医師名_____」に改める。

様式第 2 2 号を削る。

様式第 2 3 号中「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定申請却下通知書」を「後期高齢者医療資格確認書併記申請却下通知書」に、「限度額適用・標準負担額減額認定申請に」を「資格確認書併記申請に」に改め、同様式を様式第 2 2 号とする。

様式第 2 4 号中「後期高齢者医療限度額適用認定証の返還通知書」を「後期高齢者医療資格確認書（限度額適用認定）の返還通知書」に、「限度額認定証」を「資格確認書」に、「同認定証」を「同確認書」に改め、同様式を様式第 2 3 号とする。

様式第 2 4 号の 2 中「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の返還通知書」を「後期高齢者医療資格確認書（限度額適用・標準負担額減額認定）の返還通知書」に、「限度額適用・標準負担額減額認定証の返還対象者」を「資格確認書の返還対象者」に、「同認定証」を「同確認書」に改め、同様式を様式第 2 3 号の 2 とする。

様式第 2 3 号の 2 の次に次の様式を加える。

様式第 24号(第16条の2関係)

後期高齢者医療 長期入院日数届書

(あて先) 福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

・次のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の長期入院日数届書を提出します。

・資格確認書を保有し、長期入院被保険者に該当する場合は、長期入院該当日を資格確認書に併記することを希望します。

令和 年 月 日

被 保 険 者 （ 申 請 者 ）	被保険者番号								個人番号	
	氏 名									
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日								
	住 所 等									
		(電話番号 - -)								

入院日数合計（ 日間）

①	過去12月の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）								
	入院をした保険医療機関等	名 称								
②	過去12月の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）								
	入院をした保険医療機関等	名 称								
③	過去12月の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）								
	入院をした保険医療機関等	名 称								
④	過去12月の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）								
	入院をした保険医療機関等	名 称								
⑤	過去12月の入院日数	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）								
	入院をした保険医療機関等	名 称								

申請が被保険者 以外の場合	氏 名		被保険者との続柄	
	住 所 等			
	(口被保険者と同じ)	(電話番号 - -)		

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください（申請（届出）が被保険者以外の場合で住所や電話番号が被保険者と同じ場合はレ点を付けてください）。

様式第 3 3 号、様式第 3 6 号及び様式第 3 7 号中「・保険証」を「・資格確認書」に改める。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和 6 年 1 2 月 2 日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の規定に基づいて提出されている申請書等は、この規則による改正後の規定に基づいて提出されたものとみなす。
- 3 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の規定に基づいて作成されている用紙は、この規則による改正後の規定にかかわらず、当分の間、修正して使用することができる。