

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7年3月28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3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10条第1項中「、また同様とする。」の次に「ただし、第5号に掲げる事由に該当したときは、地方税法の規定による市町村民税又は預貯金の額にかかわらず、第3項に定めるところにより行うものとする。」を加え、同項に次の1号を加える。

(5) 前4号に掲げる事由に類する事由があったとき。

第10条第2項第1号中「第4号」を「第5号」に改め、同項第2号中「同項第1号」の次に「及び第5号」を加え、同条第3項中「、申請の日」を「、原則として申請の日」に、「6月」を「6月（ただし、次の第3号に該当する被保険者に係る一部負担金の徴収の猶予については、資力の活用が可能となるまでの期間として最長1年）」に改め、同項第1号中「第4号」を「第5号」に改め、同項第2号中「同項第1号」の次に「及び第5号」を加え、同項に次の1号を加える。

(3) 第1項第5号に該当する場合であって、急患、その他やむを得ない特別の理由があると認めるとき。

第23条第2項中「6月」を「6月（ただし、急患等として保険医療機関又は保険薬局を受診した被保険者に係る保険料の納付については、資力の活用が可能となるまでの期間として最長1年）」に改める。

様式第16号、様式第17号、様式第19号、様式第19号の4、様式第25号、様式第25号の2、様式第26号、様式第26号の2、様式第27号、様式第28号、様式第28号の2及び様式第42号を次のように改める。

様式第16号(第12条関係)

後期高齢者医療
食事(生活)療養標準負担額差額支給申請書受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号						個人番号		
被保険者番号						療養を受けた	被保険者氏名	
公費負担者番号								
公費受給者番号							生年月日	年月日

診療を受けた医療機関等の所在地						
診療を受けた医療機関等の名称						
入院日数及び食事回数	年 月 日から	年 月 日まで	日間	回		
入院に際して受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額)	円					
減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由						
発病又は負傷の理由	1: 第三者行為(交通事故等)	2: その他(自損事故・疾病等)				

差額支給	イ (-) 円 × () 回 = () 円	合 計 円
	ロ (-) 円 × () 回 = () 円	
	ハ (-) 円 × () 回 = () 円	
	ニ (-) 円 × () 回 = () 円	
	ホ 却下(理由:)	

()内に金額、回数(又は日数)を記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店(所) 支店(所)	預 金 種 別	普通 当座 ()
口座番号等 右詰記載して下さい				
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。

郵便はがき		後期高齢者医療療養費等支給決定通知書											
料金後納 郵便		年 月 日	年 月 日付けで申請のあつた、後期高齢者医療療養費等の支給については、次のとおり決定しました。										
様		被保険者番号	被保険者氏名										
折り		診 療 月	支 給 金 額										
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">上記の金額を下記の口座に振り込みます。</td> </tr> <tr> <td>金融機関名</td> <td>支 店 名</td> </tr> <tr> <td>口座名義人</td> <td>振込予定日</td> </tr> </table>				上記の金額を下記の口座に振り込みます。		金融機関名	支 店 名	口座名義人	振込予定日				
上記の金額を下記の口座に振り込みます。													
金融機関名	支 店 名												
口座名義人	振込予定日												
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">福岡県後期高齢者医療広域連合</td> </tr> <tr> <td colspan="2">〒812-0044</td> </tr> <tr> <td colspan="2">福岡市博多区千代四丁目1番27号</td> </tr> <tr> <td colspan="2">保健課 電話092-651-3111</td> </tr> <tr> <td colspan="2">※ 間違った電話にご注意ください。</td> </tr> </table>				福岡県後期高齢者医療広域連合		〒812-0044		福岡市博多区千代四丁目1番27号		保健課 電話092-651-3111		※ 間違った電話にご注意ください。	
福岡県後期高齢者医療広域連合													
〒812-0044													
福岡市博多区千代四丁目1番27号													
保健課 電話092-651-3111													
※ 間違った電話にご注意ください。													

様式第19号(第14条関係)

後 期 高 齡 者 医 療
療 養 費 等 支 給 申 請 書

受付日 決定日	年 月 日 年 月 日	療受 養け をた	個人番号	
保険者番号			被保険者氏名	
被保険者番号			生年月日	年 月 日
公費負担者番号			入 外	07 : 入院 9割 08 : 外来 9割
公費受給者番号				07特: 入院 8割 08特: 外来 8割
診療年月	年 月	09 : 入院 7割 00 : 外来 7割		
診療日数	日	療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	

種類	01. 一般診療 02. 海外診療 03. 補装具 04. あんま・マッサージ 05. はり・きゅう 06. その他
傷病名	
診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関名又は施術師	医療機関コード
支給申請をした理由	
発病又は負傷の理由	1: 第三者行為(交通事故等) 2: その他(自損事故・疾病等)

療養に要した費用額	食事回数
審査認定期額	食事療養に要した費用額
一部負担金	食事療養標準負担額
支給金額	

該当するものに○をつけてください。該当するものが無い場合は()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(所)	預金種別	普通 当座 ()
	信用金庫 信用組合 協同組合	支店(所)		
金融機関コード				
口座番号等 右詰記載して下さい				
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、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

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

申請者 住所
氏名
連絡先

様式第19号の4（第18条関係）

後期高齢者医療
特別療養費支給申請書

受付日 決定日	年	月	日						
保険者番号				療 受 け た	個人番号				
被保険者番号					被保険者氏名				
公費負担者番号					生年月日	年	月	日	
公費受給者番号					入	07	：入院9割	08	：外来9割
診療年月	年 月					07特	：入院8割	08特	：外来8割
診療日数	日	療養期間	年 月 日	から	09	：入院7割	00	：外来7割	
			年 月 日	まで					

種類	特別療養費							
傷病名								
診療を受けた医療機関等の所在地								
診療を受けた医療機関名又は施術師				医療機関コード				
発病又は負傷の理由								

療養に要した費用額	食事回数
審査認定期額	食事療養に要した費用額
一部負担金	食事療養標準負担額
支給金額	

該当するものに○をつけてください。該当するものが無い場合は()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 信用金庫 信用組合 協同組合				本店(所)	預 金 種 別	普通 当座 ()
					支店(所)		
金融機関コード							
□ 座番号等 右詰記載して下さい							
□ 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、療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

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

申請者 住所 _____
 氏名 _____
 連絡先 _____

後期高齡者醫療高額療養費支給申請書

被保険者番号		個人番号	
氏名			
生年月日		電話番号	

他の制度により自己負担額相当額又はその一部の支給を受けられるか否か

受けられる (制度名一) (費用徴収の 有 + 無)
受けられない

発病又は負傷の理由 1: 第三者行為(交通事故等) 2: その他(自損事故・疾病等)

該当するものに○をつけてください。該当するものが無い場合は()内に記載してください。
細掛けの虫は記載不要です。

網掛けの中には記載下さい。

振込先	銀 行 信用組合 信用金庫 協同組合	本店(所) 支店(所)	預 金 種 別	普通 當 座 ()			
				金融機関コード			
口 座 番 号 等 右詰記載して下さい							
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。

(あて先) 福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。なお、障がい者医療制度利用に伴い、高額療養費が発生した場合は、その金額の全部又は一部を福岡県後期高齢者医療広域連合の判断で、市町村に振り込むことに同意します。また、過誤等により支給額に変更が生じた場合は、以後の支給額と相殺処理を行うことに同意します。

年 月 日

申請者 住 所

民 名

様式第25号の2(第17条関係)

高額介護費自算申請書兼自己負擔額證明書交付申請書

申請対象年度		年 度		申請区分		1. 新規		2. 変更		3. 取下げ		(保険者記入欄)		支給申請書整理番号			
フリガナ 氏名		保険者番号 生年月日		被保険者記号 被保険者番号		年 月 日生		年 月 日生		年 月 日生		保険者名称 保険者名称		計算期間の始期及び終期 加入期間			
国民健康保険 資格情報								1. 世帯主 2. 親族世帯主 3. 世帯員								年 月 日から 年 月 日まで	
後期高齢者医療 介護保険		保険者番号		被保険者番号								福岡県後期高齢者医療広域連合				年 月 日から 年 月 日まで	
												介護保険者				年 月 日から 年 月 日まで	
支給方法 口座管理番号		振込口座は、後期高齢者医療で登録している 記入欄		高額介護算療養費 加入期間		高額介護算療養費 加入期間		高額介護算療養費 加入期間		高額介護算療養費 加入期間		高額介護算療養費 加入期間		高額介護算療養費 加入期間		と同じ口座を指定します。(口座の記入は省略可) 振込先口座 管理番号	
口座振込 保険者 加入履		振込口座 記入欄		銀行 信用金庫 信用組合 農協		金融機関コード 店舗コード 本店 支店 出張所		種目 1.普通預金 2.当座預金 3.貯蓄預金		口座番号(右詰め) 添付の自己負担額証明書整理番号		フリガナ 備考欄					
1																	
2																	
福岡県後期高齢者医療広域連合長 長 （宛先）																年 月 日	
① 上記対象者について、高額介護算療養費(高額医療合算療養費(予防)サービス費)の支給を申請します。 なお、障がい者医療及び介護家族手当費割成の利用にともない高額介護算療養費が発生した場合には、後期高齢者医療で支給すべき金額の全額又は一部を福岡県後期高齢者医療広域連合の判断で、市町村に振り込むことに同意します。																郵便番号 _____ 住所 _____	
② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。 ※本申請書をもって、受託者に申請書の交付を行なう場合、①・②のいずれも〇で囲んでください。 ※本申請書をもって、受託者に申請書の交付を行なう場合、①・②のいずれも〇で囲んでください。																申訴者 氏名 _____ 電話番号 _____	
私(委託者)は、高額介護算療養費(高額医療合算療養費(予防)サービス費)以下、「療養費等」(以下)の支給にかかる以下の部分(〇付したもの)を下記の者(受託者)に委託します。 ① 保険料等の支給 ② 自己負担額証明書の提出 ③ おはいび個人番号の提供 ④ 療養費等の受領 自己負担額証明書の受領 電話番号 _____																【保険者記入欄】 年 月 日	

様式第26号の2(第19条関係)

様式第27号(第20条関係)

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 ¥ 3 0 0 0 0 一

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 場 所							
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)			
そ の 他							
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。該当するものが無い場合は()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 信用金庫 信用組合 協同組合			本店(所)	預 金 種 別	普通 当座 ()
				支店(所)		
金融機関コード						
□ 座 番 号 等 右詰記載して下さい						
□ 座 名 義 人 (カ タ カ ナ)						

□座名義人はカタカナで上段より左詰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

(あて先) 福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

申請者 住所
氏名
死亡者との続柄
連絡先電話番号

郵便はがき		後期高齢者医療葬祭費支給決定通知書					
<input type="checkbox"/> 料金後納 <input type="checkbox"/> 郵便		年 月 日 年 月 日付けで申請のあつた、後期高齢者医療葬祭費の支給については、次のとおり決定しましたので通知します。					
被保険者番号	被保険者氏名	死亡年月日	年 月 日				
山 折 様	山 折 様	支 給 金 額	円				
上記の金額を下記の口座に振り込みます。 <table border="1"> <tr> <td>金融機関名</td> </tr> <tr> <td>支 店 名</td> </tr> <tr> <td>口座名義人</td> </tr> <tr> <td>振込予定期</td> </tr> </table>				金融機関名	支 店 名	口座名義人	振込予定期
金融機関名							
支 店 名							
口座名義人							
振込予定期							
福岡県後期高齢者医療広域連合 〒812-0044 福岡市博多区千代四丁目1番27号 保険課 電話092651-3111 ※ 間違い電話にご注意ください。							



様式第28号の2(第20条の2関係)

後期高齢者医療傷病手当金支給申請書①(被保険者記入用)

被保険者情報	被保険者番号								
	(フリガナ) 氏名				生年月日	大正 昭和	年	月	日
	住所								
振込先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()				本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他()			
	預金別	普通・当座 その他()		口座番号					
	口座名義人(カタカナ)								
※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。									
(あて先)福岡県後期高齢者医療広域連合長									
上記のとおり申請します。									
令和 年 月 日									
住 所					電 話 番 号				
申請者氏名									

【受取代理人の欄】(被保険者以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
	住所	氏名	
代理人 (口座名義人)	〒 一		被保険者との関係
	(フリガナ) 氏名		
保険者 記入欄	支給決定額		
	円		

様式第42号（第26条関係）

この申告書は、あなた（又はご家族）の後期高齢者医療給付及び保険料算定の基礎となります。
ご記入のうえ、_____年_____月_____日までにご返送ください。

（あて先）福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

_____年度分 後期高齢者医療簡易申告書

年 月 日

私の収入金額等について、次のとおり申告します。

※ 太ワクのみ記入してください。

氏名			生年 月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
現住所					電話番号 — —
● _____年の1月から12月までの1年間の収入金額等を記入してください。					
所得の種類		(A) 収入金額	(B) 必要経費	(C)所得金額 (A)-(B)	備考
年金	課税 老齢	円		円	
	非 課 税 遺族	円			
	障害	円			
給与		円		円	
営業		円	円	円	
農業		円	円	円	
不動産		円	円	円	
その他	個人年金	円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
収入がない人		該当するところを○で囲んでください。 扶養 仕送り 預貯金 失業保険 その他 ()			

附 則 (施行期日)

- 1 この規則は、令和7年4月1日から施行する。
- 2 (経過措置)
この規則による改正後の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規定は、令和7年度以後の年度分の一部負担金及び保険料の徴収猶予について適用し、令和6年度以前の年度分の一部負担金及び保険料の徴収猶予については、なお従前の例による。
- 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。
- 4 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。