

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 2 8 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。

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

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)

[illegible][illegible]

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。

<div><div>料金後納郵便</div><div>郵便はがき</div><div>親展</div></div>	<div>後期高齢者医療療養費等支給決定通知書</div> <div>年 月 日 付 け で 申 請 の あ っ た、後期高齢者医療療養費等の支給について、次のとおり決定しましたので通知します。</div> <div>被保険者番号</div> <div>被保険者氏名</div> <div>診 療 月</div> <div>支 給 金 額</div> <div>円</div> <div>上記の金額を下記の口座に振り込みます。</div> <table><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>振込予定日</td></tr></table> <div>福岡県後期高齢者医療広域連合長 印</div>	金融機関名	支 店 名	口座名義人	振込予定日	<div>1 療養費等は、左記に書かれている指定口座に振り込みます。</div> <div>ただし、振込予定日が土・日・祝日のときは、直前の金融機関の営業日となります。</div> <div>2 療養費等の支給申請をするときは、振込先を確認しますので、次回も預金通帳等を市町村の窓口へお持ちください。</div> <div>ただし、高額療養費については、再度申請する必要がありません。</div> <div>この決定に不服があるときは、この決定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</div> <div>す。</div> <div>なお、この決定の取消しの訴えは、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、決定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</div> <div>す。</div> <div>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</div> <div>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。</div>
金融機関名						
支 店 名						
口座名義人						
振込予定日						

様式第19号(第14条関係)

後 期 高 齢 者 医 療
療 養 費 等 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					
公 費 負 担 者 番 号					
公 費 受 給 者 番 号					
診 療 年 月	年	月	療 養 を 受 け た		
				個 人 番 号	
				被 保 険 者 氏 名	
				生 年 月 日	年 月 日
診 療 日 数	日	療 養 期 間	入 外	07 : 入院 9 割 08 : 外来 9 割	
				07特 : 入院 8 割 08特 : 外来 8 割	
				09 : 入院 7 割 00 : 外来 7 割	
				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 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)		
口座番号等 右詰記載して下さい		金融機関コード		
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

後 期 高 齢 者 医 療
特 別 療 養 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保 険 者 番 号		療 養 を 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 外	07：入院9割 08：外来9割 07特：入院8割 08特：外来8割 09：入院7割 00：外来7割
診 療 年 月	年 月			
診 療 日 数	日	療 養 期 間	年 月 日 から 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 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) 支店(所)	預金種別	普通 当座 ()
	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、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 _____

後期高齢者医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―) (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 信用組合 信用金庫 協同組合	本店(所) 支店(所)	預金種別	普通座 ()																
					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
氏 名

<div><div>料金後納郵便</div><div>郵便はがき</div><div>親展</div></div>	<div>後期高齢者医療高額療養費支給決定通知書</div> <div>年 月 日</div> <div>後期高齢者医療高額療養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。</div> <div>被保険者番号</div> <div>被保険者氏名</div> <div>様</div>	<div>1 高額療養費については、指定された下記の口座に振り込みます。 次回以降の振込先変更をご希望の場合は、お住まいの市区町村までお問い合わせください。</div> <div>2 医療費額に差額が生じていた診療月がある場合には、支給額を調整し、調整した額を振り込みます。 (支給額にマイナス金額が表示されている診療月がある場合は、今回の支給額にて調整しています。)</div> <div>3 今回の支給決定以降、医療費額に差額を生じた場合には、次回以降の高額療養費で調整させていただきますので、ご了承ください。</div> <div><table><tr><td>金融機関名</td><td></td></tr><tr><td>支店名</td><td></td></tr><tr><td>口座名義人</td><td></td></tr><tr><td>振込予定日</td><td>年 月 日</td></tr></table></div> <div>福岡県後期高齢者医療広域連合 印</div> <div>この決定に不服があるときは、この決定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、この決定の取消しの訴えは、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、審査請求のあった日から3か月を経過しても裁決がないとき、決定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。</div>	金融機関名		支店名		口座名義人		振込予定日	年 月 日
金融機関名										
支店名										
口座名義人										
振込予定日	年 月 日									

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

[illegible]

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	—
---------	--	---	---	---	---	---	---	---

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 諸 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

<div><div>料金後納郵便</div><div>郵便はがき</div></div>	<div>親展</div>	後期高齢者医療費支給決定通知書	この決定に不服があるときは、この決定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。
<div>山折り</div>	<div>様</div>	年 月 日 付けで申請のあった、後期高齢者医療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。	なお、この決定の取消しの訴えは、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、審査請求のあった日から3か月を経過しても裁決がないとき、決定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、又はその他の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出来ます。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出来ます。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。
		被保険者番号	
		被保険者氏名	
<div>山折り</div>	<div>様</div>	死亡年月日 年 月 日	
		支給金額 円	
<div>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。</div>	<div>福岡県後期高齢者医療広域連合 印</div>	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 年 月 日	

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() ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入							
	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)	〒	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			㉑ 収入金額	㉒ 必要経費	㉓所得金額 (㉑-㉒)		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。

(経過措置)

- 2 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。