

北海道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。

平成20年7月17日

北海道後期高齢者医療広域連合長 大場



北海道後期高齢者医療広域連合規則第10号

北海道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

北海道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年北海道後期高齢者医療広域連合規則第4号）の一部を次のように改正する。

第7条第1項中「（省令第21条において準用する場合を含む。）」を削り、「後期高齢者医療再交付申請書（別記様式第3号）」を「後期高齢者医療被保険者証再交付申請書（別記様式第3号）（省令第21条において同項の規定を準用する場合は、後期高齢者医療資格証明書再交付申請書（別記様式第3号の2）」に改める。

第8条中「当該被保険者が」の次に「法第99条第2項に規定する被保険者であつて同項に定める期間内であるとき、又は」を加え、「又は」を「若しくは」に、「後期高齢者医療認定証明書」を「高齢者の医療の確保に関する法律第99条第2項の被扶養者であつた被保険者に該当する旨の証明書・高齢者の医療の確保に関する法律による障害認定証明書・高齢者の医療の確保に関する法律による特定疾病認定証明書」に改める。

第19条第1項中「後期高齢者医療再交付申請書」を「後期高齢者医療特定疾病療養受療証再交付申請書（別記様式第18号の2）」に改める。

第21条第1項中「後期高齢者医療再交付申請書」を「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証再交付申請書（別記様式第20号の3）」に改める。

別記様式第1号中「印」を削る。

別記様式第3号を次のように改める。

別記様式第3号 (第7条関係)

後期高齢者医療被保険者証再交付申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号		
被 保 険 者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
申請の理由		

北海道後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、後期高齢者医療被保険者証の再交付を申請します。

年 月 日

申請者 氏名

別記様式第3号の次に次の1様式を加える。

別記様式第3号の2（第7条関係）

後期高齢者医療資格証明書再交付申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号		
被 保 険 者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
申請の理由		
北海道後期高齢者医療広域連合長 様		
上記のとおり、後期高齢者医療資格証明書の再交付を申請します。		
年 月 日		
申請者 氏名		

別記様式第4号を次のように改める。

別記様式第4号（第8条関係）

第99条第2項の被扶養者であった被保険者に該当する旨の証明書 高齢者の医療の確保に関する法律による障害認定証明書 による特定疾病認定証明書												
被 保 険 者	住 所											
	氏 名											
	生 年 月 日											
認 定 者	被 扶 養 者	被用者保険の被扶養者でなくなった日										
		被扶養者であった際の保険者の名称										
の 状 況	障 害	認 定 年 月 日										
		障 害 の 程 度										
		認 定 の 基 礎 と な っ た 書 類										
	特 定 疾 病	認 定 年 月 日										
疾 病 の 名 称												
認 定 の 基 礎 と な っ た 書 類												
第99条第2項の被扶養者であった被保険者に該当する 上記のとおり、高齢者の医療の確保に関する法律 第50条第2項の障害認定を行った ことを証明する。 施行令第14条第4項の特定疾病認定を行った												
		年 月 日 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 150px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
北海道後期高齢者医療広域連合長												

別記様式第5号中

一定以上負担区分			減 額 区 分			
特例基準額 以上	特例基準額 未満	基準額未満	非課税	老福	基準額以下	税経過措置

を

一定以上負担区分		減 額 区 分		
基準額以上	基準額未満	非課税	老福	基準額以下

に改める。

別記様式第6号中「平成」を削り、

- 「・ 市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人及び同じ世帯におられる70歳以上の高齢者の方（65歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている方も含む）それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。」

を

- 「・ 市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人及び同じ世帯におられる75歳以上の高齢者の方（65歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている方も含む）それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。
※ なお、世帯に本人以外の75歳以上の高齢者の方（65歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている方も含む）がない場合であってかつ70歳から74歳の方が世帯内にいる場合には、70歳から74歳の方についても記入してください。（経過措置適用確認のため。）」

に改め、「印」を削る。

別記様式第17号中「印」を削る。

別記様式第18号の次に次の1様式を加える。

別記様式第18号の2（第19条関係）

後期高齢者医療特定疾病療養受療証再交付申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号		
被 保 険 者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
申請の理由		

北海道後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、後期高齢者医療特定疾病療養受療証の再交付を申請します。

年 月 日

申請者 氏名

別記様式第19号中

保険者番号	
保険者の名称 及び所在地	
長期入院	

を

長期入院	
------	--

に改め、「印」を削る

別記様式第20号の2の次に次の1様式を加える。

別記様式第20号の3 (第21条関係)

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証再交付申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号			
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		

申請の理由			
-------	--	--	--

北海道後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付を申請します。

年 月 日

申請者 氏名

別記様式第34号中「つきましては」を「ついては」に、「却下とした」を「却下しました」に改める。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成19年政令第318号）附則第4条第2項の規定により同令第7条第3項の規定を読み替えて適用する場合における同項の規定又は同令附則第7条第1項の規定の適用に係る申請書及びその却下通知書については、なお従前の例による。
- 3 この規則の施行の際、この規則による改正前の北海道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に基づき作成された用紙で、現に残存するものがあるときは、当分の間、これを使用することができる。