

栃木県後期高齢者医療一部負担金の減免又は徴収猶予に関する
申請取扱要綱

平成25年3月26日
告示第4号

改正 平成28年4月1日 告示第8号

(趣旨)

第1条 この要綱は、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）第69条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（平成19年厚生労働省令第129号）第33条の規定に基づく一部負担金の減免又は徴収猶予（以下「一部負担金の減免」という。）に関し、栃木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2号）第15条に基づき、一部負担金の減免申請の取扱いについて必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において「基準額」とは、生活保護法第11条第1項第1号から第3号までに掲げる扶助について同法第8条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準の例により測定した世帯の需要の額に10分の11を乗じて得た額をいう。

(一部負担金の減免の要件)

第3条 一部負担金の減免ができる場合は、被保険者が過去1年の間に、次の各号の事由のいずれかに該当し、世帯主及び全ての世帯員（世帯主等）の収入の額の合計額が基準額以下で世帯主等の預貯金の額の合計額が基準額の3か月分以下の場合とする。

- (1) 被保険者又は被保険者の属する世帯の世帯主が、震災、風水害、火災、その他これらに類する災害により、住宅、家財、その他の財産について著しい損害を受けたこと。
- (2) 被保険者の属する世帯の世帯主の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これらに類する理由により著しく減少したこと。
- (3) 被保険者の属する世帯の世帯主の収入が、事業又は業務の休廃止、失業等により著しく減少したこと。
- (4) 被保険者の属する世帯の世帯主が、重篤な疾病又は負傷により死亡し、若しくは心身に重大な障害を受け、又は長期間入院したこと。ただし、当該世帯が当該被保険者のみの世帯である場合を除く。
- (5) 前各号に掲げる事由に類する事由があったとき。

2 前項に規定する一部負担金の減免の要件に該当する場合であっても、被保険者

が、申請日までに、納期限の到来している後期高齢者医療保険料を完納していない場合には、一部負担金の減免を行わない。ただし、分納誓約、保険料の減免又は徴収猶予の決定を受けている場合は、この限りでない。

(一部負担金の減免の割合)

第4条 前条に規定する一部負担金の減免の要件に該当する被保険者については、一部負担金の支払いを免除する。

(一部負担金の減免の期間)

第5条 一部負担金の減免の期間は、申請日の属する月の初日から起算して6月とし、同一の事由に基づく再度の減免は行わないものとする。

(一部負担金の減免の申請)

第6条 一部負担金の減免を受けようとする被保険者は、後期高齢者医療一部負担金減免申請書(様式第1号)及び、後期高齢者医療一部負担金減免要件判定のための届出書(様式第3号)並びに、同意書(様式第4号)に次に掲げる書類を添付して申請するものとする。

(1) 第3条第1項第1号の事由に該当する場合

り災証明書等災害の状況を証明する書類

(2) 第3条第1項第2号の事由に該当する場合

収入申告書(様式第2号)等の収入額等を証明する書類

(3) 第3条第1項第3号の事由に該当する場合

ア 公的機関への休業又は廃業の届出書の写し等

イ 収入申告書(様式第2号)の収入額等を証明する書類

(4) 第3条第1項第4号の事由に該当する場合

死亡診断書、医師の診断書等

(一部負担金の減免の決定)

第7条 広域連合長は、一部負担金減免申請の内容について承認又は不承認を決定したときは、後期高齢者医療一部負担金免除証明書又は後期高齢者医療一部負担金減免及び徴収猶予申請却下通知書を申請者に交付しなければならない。

(免除証明書の提示)

第8条 後期高齢者医療一部負担金免除証明書の交付を受けた被保険者が、保険医療機関等について療養の給付を受けようとするときは、当該保険医療機関等に後期高齢者医療一部負担金免除証明書を提示しなければならない。

(一部負担金の減免の取消し)

第9条 一部負担金の減免を受けた被保険者が、一部負担金の減免の事由に該当しなくなったときは、直ちに後期高齢者医療一部負担金免除証明書を広域連合長に返還しなければならない。

2 広域連合長は、被保険者が虚偽の申請その他不正の行為により一部負担金の減

免を受けたと認めるときには、一部負担金の減免を取消し、後期高齢者医療一部負担金免除証明書を返還させるとともに、一部負担金の減免により支払いを免れた一部負担金相当額を返納させなければならない。

(その他)

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、広域連合長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

様式第1号（第6条関係）

後期高齢者医療一部負担金減免申請書

届出者名		本人との 関 係	
届出者住所		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 (該当する番号を ○で囲んでくだ さい)	(1) 被保険者又は被保険者の属する世帯の世帯主が、震災、風水害、火災、 その他これらに類する災害により住宅、家財その他の財産について著し い損害を受けた場合。 (2) 被保険者の属する世帯の世帯主の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等に よる農作物の不作、不漁その他これらに類する理由により著しく減少し た場合。 (3) 被保険者の属する世帯の世帯主の収入が、事業又は業務の休廃止、失 業等により著しく減少した場合。 (4) 被保険者の属する世帯の世帯主が、重篤な疾病又は負傷により死亡し、 若しくは心身に重大な障害を受け、又は長期間入院した場合。ただし、 当該世帯が当該被保険者のみの世帯である場合を除く。 (5) 前各号に掲げる事由に類する事由があった場合。	

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

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減免を申請します。

平成 年 月 日

申請者 住所

氏名



申請する際、被保険者証を提出するとともに必要に応じて以下の書類を添付してください。

- (1) 被保険者又は被保険者の属する世帯の世帯主が、震災、風水害、火災、その他これらに類する災害により住宅、家財その他の財産について著しい損害を受けた場合
 - ・ 災証明書等災害の状況を証明する書類
- (2) 被保険者の属する世帯の世帯主の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これらに類する理由により著しく減少した場合
 - ・ 収入申告書（様式第2号）等の収入額等を証明する書類
- (3) 被保険者の属する世帯の世帯主の収入が、事業又は業務の休廃止、失業等により著しく減少した場合
 - ・ 公的機関への休業又は廃業の届出書の写し等
 - ・ 収入申告書（様式第2号）等の収入額等を証明する書類
- (4) 被保険者の属する世帯の世帯主が、重篤な疾病又は負傷により死亡し、若しくは心身に重大な障害を受け、又は長期間入院した場合。ただし、当該世帯が当該被保険者のみの世帯である場合を除く。
 - ・ 死亡診断書、医師の診断書等

※下記については、証明書類の添付ができない方のみ記入してください。

証明書類が添付 できない理由	
栃木県後期高齢者医療広域連合長 様	
申請者の申立てが正しいことを証明します。	
平成 年 月 日	
住所 _____	電話番号 _____
氏名 _____ ㊞	申請者との関係 _____

様式第2号（第6条関係）

収入申告書

平成 年 月 日

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

届出者 住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

世帯主との続柄 _____

世帯主の収入金額について、下記の通り申告します。

1 世帯主氏名

氏名		生年月日	
住所			

2 収入金額

	当月分 (見込み額)	前3ヶ月分		
		()月分	()月分	()月分
給与収入				
年金収入 年金種類 ()				
事業収入 収入種類 ()				
その他収入 ()				

3 収入が減少した理由（該当する項目を○で囲んでください）

ア 干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これらに類する理由

イ 事業又は業務の休廃止、失業等の理由

ウ その他の理由

()

（記入上の注意）

- 1 給与・年金等収入の場合で、証明書が取れるもの（給与証明書、年金等の支払通知書等）は必ず添付してください。
- 2 年金収入の「年金種類」については、厚生年金、国民年金、各種共済年金、障害年金、遺族年金、恩給などを記載してください。
- 3 事業収入の「収入種類」については、営業、農業、不動産などを記載してください。
- 4 その他収入については、収入の内容を記入してください。
- 5 収入が減少した理由については、該当する項目を○で囲んでください。「ウ その他の理由」の場合には具体的に記入してください。

様式第3号（第6条関係）

後期高齢者医療一部負担金減免要件判定のための届出書

平成 年 月 日

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

届出者 住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 _____

被保険者との続柄 _____

後期高齢者医療一部負担金の減免要件判定のために、下記の通り届け出ます。

1 一部負担金の減免を受ける被保険者について

被保険者	被保険者番号				
	住 所				
	氏 名				
	生年月日		電話番号	()	—

2 世帯員について

世帯員氏名	続柄	給与収入 (月額)	年金収入 (月額)	その他収入 (月額)	預貯金額
年齢 ()					
年齢 ()					
年齢 ()					
年齢 ()					
年齢 ()					

(注) 収入金額については、当月見込額を記入する。

3 生活扶助関係

項目	確認事項
妊産婦加算	<p>○ 世帯に妊産婦がいるか</p> <p>妊娠している方の氏名 _____</p> <p>妊娠の事実を確認した日 平成 ____年 ____月 ____日</p> <p>過去6箇月に出産した方の氏名 _____</p> <p>出産の日 平成 ____年 ____月 ____日</p>
母子加算	<p>○ 父母の一方若しくは両方が欠けているか又はこれに準ずる状態にあるか</p> <p>20歳未満の子の氏名、生年月日</p> <p>氏名 _____</p> <p>生年月日 平成 ____年 ____月 ____日</p> <p>氏名 _____</p> <p>生年月日 平成 ____年 ____月 ____日</p> <p>20歳未満の子が障害者である場合の氏名、等級</p> <p>氏名 _____</p> <p>障害者の等級 _____ 級</p> <p>氏名 _____</p> <p>障害者の等級 _____ 級</p>
障害者加算	<p>○ 世帯に障害者がいるか</p> <p>障害者の氏名、等級</p> <p>氏名 _____</p> <p>障害者の等級 _____ 級</p> <p>氏名 _____</p> <p>障害者の等級 _____ 級</p> <p>日常生活において常時の介護を必要とする者の有無 _____ 有 ・ 無 _____</p> <p>介護人をつけるための必要な額 _____</p>
在宅患者加算	<p>○ 在宅患者であって、医師の診断により栄養の補給を必要とすると認められる者がいるか</p> <p>該当者氏名 _____</p> <p>病名 _____</p> <p>病院名 _____</p> <p>治療が必要な期間 _____</p>
放射線障害者加算	<p>○ 被爆者健康手帳の交付を受けている者がいるか</p> <p>該当者氏名 _____</p>

児童養育加算	<input type="checkbox"/> 児童の養育にあたる者がいるか 12歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある児童 氏名 _____ 生年月日 平成 ____年 ____月 ____日 氏名 _____ 生年月日 平成 ____年 ____月 ____日 氏名 _____ 生年月日 平成 ____年 ____月 ____日																
介護保険料加算	<input type="checkbox"/> 介護保険の第一号の被保険者であって、介護保険料を普通徴収の方法によって納付しているか 介護保険料の金額 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">1期</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">2期</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">3期</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">4期</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">_____</td> <td style="border-top: 1px solid black;">_____</td> <td style="border-top: 1px solid black;">_____</td> <td style="border-top: 1px solid black;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5期</td> <td style="text-align: center;">6期</td> <td style="text-align: center;">7期</td> <td style="text-align: center;">8期</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">_____</td> <td style="border-top: 1px solid black;">_____</td> <td style="border-top: 1px solid black;">_____</td> <td style="border-top: 1px solid black;">_____</td> </tr> </table>	1期	2期	3期	4期	_____	_____	_____	_____	5期	6期	7期	8期	_____	_____	_____	_____
1期	2期	3期	4期														
_____	_____	_____	_____														
5期	6期	7期	8期														
_____	_____	_____	_____														
入院患者日用品費	<input type="checkbox"/> 1箇月以上入院する者がいるか 該当者氏名 _____ 日用品費（月額） _____																
介護施設入所者基本生活費	<input type="checkbox"/> 介護施設に入所する者がいるか 該当者氏名 _____ 基本生活費（月額） _____																

4 教育扶助関係

項 目	確認事項
基準額	小学校に通う子供の人数 _____ 名 中学校に通う子供の人数 _____ 名
教材代	教材代 _____
学校給食費	給食費の額 _____
通学時の交通費	通学に必要な交通費 _____

5 住宅扶助関係

項 目	確認事項
基準額	家賃、間代、地代等の額（月額） _____

様式第4号（第6条関係）

同意書

私は、後期高齢者医療一部負担金減免申請書（様式第1号）及び収入申告書（様式第2号）、後期高齢者医療一部負担金減免要件判定のための届出書（様式第3号）に記載の内容について、栃木県後期高齢者医療広域連合が確認を要すると認める場合には、高齢者の医療の確保に関する法律第138条に基づき、官公署、医療機関等に資料の提供等を求めることに同意します。

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

平成 年 月 日

申請者 住所 _____

氏名 _____ (印)