

仕 様 書

- 1 件 名 令和7年度高額介護合算療養費の支給申請のお知らせ等の作成及び封入封緘業務委託
- 2 履行期間 契約締結日から令和8年3月6日（金）まで
- 3 履行場所 受注者建物内
- 4 納品場所 長崎県後期高齢者医療広域連合事務局
（長崎県長崎市栄町4番9号 長崎県市町村会館5階）

5 業務概要

- (1) お知らせ文の作成
- (2) 支給申請書の作成
- (3) 支給申請書記入例の作成
- (4) (1) ～ (3) の封入封緘作業

6 業務に使用する書類及び数量

書類名	形 式	予定数量（枚）
①お知らせ文（別紙1）	A4 両面長辺綴じ（単色刷）	19,600
②支給申請書（別紙2）	A4 片面（単色刷）	19,600
③支給申請書記入例（別紙3）	A4 片面（赤黒2色刷）	19,600

※数量は予定であり、データ提供時点で数量の変更をすることがあるが、その場合において、契約金額の変更は行わないものとする。

7 業務内容

- (1) お知らせ文の作成【被保険者等データを差し込み、レイアウト等を調整の上印刷】
 - ・「宛名住所」「宛名氏名」「被保険者漢字氏名」は「KAJ0_J明朝」を使用すること。
 - ・用紙は、上質紙の四六判 55kg 程度とする。
 - ・郵送料の割引を受けるため、宛名部分にカスタマバーコードを印字すること。
 - ・窓あき封筒の窓部分から郵便番号、住所、氏名、カスタマバーコード及び管理番号が確認できるようレイアウト等を調整すること。
 - ・差し込み用の被保険者等データ（excel 形式）は広域連合が提供する（差し込み箇所は別紙 1-1 のとおり）。
- (2) 支給申請書の作成【被保険者等データを差し込み、レイアウト等を調整の上印刷】
 - ・「被保険者漢字氏名」は「KAJ0_J明朝」を使用すること。

- ・用紙は、上質紙の四六判 55kg 程度とする。
- ・差し込み用の被保険者等データ（excel 形式）は広域連合が提供する（差し込み箇所は別紙 2-2 のとおり）。

（3）支給申請書記入例の作成【支給申請書記入例の印刷】

- ・用紙は、上質紙の四六判 55kg 程度とする。

（4）封入封緘

- ・封筒（長形 3 号、窓あき、アラビア糊付、長辺開き）は広域連合が提供する。
- ・封筒の中には、お知らせ文、支給申請書及び支給申請書記入例を各々 1 枚ずつ封入し、封緘すること。但し、一部の市町分については封入まで（封緘しない）とする（予め広域連合から連絡あり）。
- ・お知らせ文については、封筒の窓部分から郵便番号、住所、氏名、カスタマバーコード及び管理番号がはっきり見えるように封入すること。

8 広域連合から提供するもの

- （1）お知らせ文（別紙 1）、支給申請書（別紙 2）及び支給申請書記入例（別紙 3）の様式（excel 形式）
- （2）お知らせ文のレイアウトイメージ及び差し込み箇所を示したもの（別紙 1-1）
- （3）支給申請書のレイアウトイメージ（別紙 2-1）、差し込み箇所を示したもの（別紙 2-2）
- （4）お知らせ文及び支給申請書に差し込む被保険者等データ（excel 形式）
- （5）お知らせ文及び支給申請書に差し込む被保険者等テストデータ（excel 形式）
- （6）外字データ（TTE ファイル）
- （7）封筒（余りは返却すること）

なお、（4）及び（7）については令和 8 年 1 月 3 0 日（金）までに、それ以外は契約締結後速やかに提供することとする。

9 テスト及び校正

受注者は、8（5）に挙げる被保険者等テストデータを使用して、お知らせ文及び支給申請書を作成し、校正（校了まで）を受けることとする。

なお、本番の被保険者等データを使用してお知らせ文及び支給申請書を作成する際は、校了を受けたレイアウトにより、作成することとする。

10 納期及び納品方法

納期は、本番の被保険者等データの提供から 16 日以内（土日祝日を含む）とする。

納品方法は、市町ごとに管理番号の連番で納品することとし、完成した市町分から随時、納品を行うこととする。納品の際の梱包資材については、受注者が準備する。

11 作業場所等

- （1）受注者は、作業場所について、予め広域連合の承諾を得ること。
- （2）各作業に広域連合職員が立ち会う場合は、作業場所において広域連合職員に、具体的な作業工程等を説明すること。

1 2 注意事項

- (1) 提供データの媒体は、別途協議し、決定する。
- (2) データの内容説明及び引き渡し場所は広域連合事務局内とする。
- (3) データは業務終了後、広域連合に返却すること。
- (4) 外字に対応するための「KAJ0_J」入力システム V5」または「KAJ0_J」入力システム V7」は、受注者が準備すること。
- (5) 印刷後、医療や介護の加入期間が「8/1～翌年 7/31」以外となっている対象者について、正しく印字されているかチェックをすること。

1 3 検査等

- (1) 納品に当たり、受注者は、件名、履行期間、納品場所及び成果物の数量等を記載した完了報告書（任意様式で可）を作成の上、広域連合職員に提出し、検査を受けること。
- (2) 広域連合職員は、後処理段階での裁断事故等がないか、成果物が指示どおりに完成しているか等を確認すること。

1 4 疑義等に係る決定

仕様書に定めのない事項及び疑義等が生じたときは、広域連合及び受注者が協議して決定するものとする。

1 5 個人情報の保護について

個人情報の取扱いについては、別記の個人情報取扱特記事項及び長崎県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例を遵守すること。

個人情報取扱特記事項

（基本的事項）

第1 受注者は、個人情報の保護に関する法律（平成15年法第57号。以下「保護法」という。）に基づき個人情報（個人に対する情報であつて、特定の個人を識別することができるものと認められるもので、行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法第27号。以下「番号法」という。）第2条第8項に規定する特定個人情報を含む。以下同じ。）の保護の重要性を認識し、この契約の履行に当たっては、保護法、番号法及び長崎県後期高齢者医療広域連合個人情報の保護に関する法律施行条例（令和5年条例第2号）など関係法令を遵守し、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報の取扱いを適正に行わなければならない。

（秘密の保持）

第2 受注者は、この契約の履行に当たって知り得た個人情報を他に漏らしてはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

（収集の制限）

第3 受注者は、この契約の履行に当たって個人情報を収集するときは、業務の目的を達成するために必要な範囲内で、適正かつ公正な手段により行わなければならない。

（適正管理）

第4 受注者は、この契約の履行に当たって知り得た個人情報について、漏えい、滅失、改ざん及びき損の防止、並びに盗用の禁止、その他の個人情報の適正な管理のために必要な措置を講じなければならない。

（目的外利用及び提供の禁止）

第5 受注者は、発注者が指示したときを除き、この契約の履行に当たって知り得た個人情報を、契約の目的以外に利用し、又は第三者に提供してはならない。

（複写又は複製の禁止）

第6 受注者は、データ、プログラム等及びその関係資料の全部又は一部を、発注者の許可なく複写し、又は複製してはならない。

（再委託の禁止）

第7 受注者は、発注者が承諾したときを除き、この契約による個人情報を取扱う業務を第三者（受注者の子会社（会社法（平成17年法第86号）第2条第3号に規定する子会社をいう。）を含む。）に委託し、又は請け負わせてはならない。

2 受注者が発注者から承諾を得て前項の第三者（以下、再受託者という。）へ委託する時、再受託者にこの契約に基づく一切の義務を遵守させるとともに、発注者に対して、再受託者の全ての行為及びその結果について責任を負うものとする。

（資料等の返還）

第8 受注者は、この契約の履行に当たって発注者から提供を受け、又は受注者自らが収集し、若しくは作成した個人情報が記録された資料等は、この契約の終了後速やかに発注者に返還し、又は引き渡すものとする。また、データ及びプログラム等を使用したときは、確実に削除又は破棄したことを書面により発注者に通知しなければならない。ただし、発注者が別に指示したときはその指示に従うものとする。

（従事者への周知）

第9 受注者は、この契約による業務に従事している者に対して、在職中及び退職後におい

ても、当該業務に関して知り得た個人情報をみだりに他人に知らせ、又は当該業務の目的以外の目的に使用してはならないことなど、個人情報の保護に関し必要な事項を周知しなければならない。

(調査)

第10 発注者は、受注者が業務に関し取扱う個人情報の管理状況等について、必要に応じて立入検査を実施することができる。立入検査の際には、受注者は発注者の求める関係資料を速やかに提示しなければならない。

(事故報告)

第11 受注者は、この契約に違反する事態が生じ、又は生じるおそれのあることを知ったときは、速やかに発注者に報告を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

(損害賠償)

第12 受注者は、この契約による業務に係る個人情報の漏えい、紛失又はき損その他の事態が発生した場合において、その責めに帰すべき事由により発注者又は第三者に損害を与えた時は、その損害を賠償しなければならない。

(罰則)

第13 業務に従事していた者が在職中又は退職後に行った行為に対する刑罰については、保護法又は番号法に基づき、処せられる。

【カスタマバーコード】

7 長広事第 8 号
令和8年3月 日

<医療保険者> 長崎県後期高齢者医療広域連合長 古川 隆三郎
(公 印 省 略)

<介護保険者> ○ ○ 市 (町) 長 ○ ○ ○ ○
(公 印 省 略)

「高額介護合算療養費」(医療保険分)・「高額医療合算介護(予防)サービス費」(介護保険分)の支給申請について(お知らせ)

様の後期高齢者世帯は、計算対象期間において「高額介護合算療養費」及び「高額医療合算介護(予防)サービス費」が支給される場合がありますので、同封の申請書に必要事項を記入の上、下記の市町村窓口で手続きをお願いします。(郵送による申請も可)

また、ご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

被保険者番号	
被保険者氏名	
計算対象期間	令和 6 年 8 月 ~ 令和 7 年 7 月

【持参するもの】

- ◎同封している申請書
- ◎来庁される方の身分証明書(運転免許証、マイナンバーカードなど)等
- ◎口座番号と口座名義人が確認できるもの(預貯金通帳等)

※郵送による申請の場合は、通帳や身分証明書の添付は不要ですが、必要事項を記入しているか、口座等の記載内容に間違いがないかなど、よくご確認の上、下記申請窓口に郵送してください。(口座番号の欄に、誤って”お客様番号”を記入されるケースが多く見受けられます。)

※本人が亡くなられている場合の申請者(誓約者)は、法定相続人である配偶者及び血族の方(子・孫・ひ孫・親・兄弟姉妹など)になります(子の配偶者等は不可)。

※申請の手続きをされてから、概ね3~5か月後に支給します。なお、申請できる期間は、このお知らせが届いてから2年間です。

◆申請書類提出先・お問い合わせ

《高額医療・高額介護合算制度とは》

毎年8月1日から翌年7月31日までの1年間に、医療費と介護(予防)サービス費の自己負担額が高額となった場合、基準額を超えた部分が払い戻される制度です。

負担区分		要件	基準額
現役並み所得者	現役並みⅢ	住民税課税所得が690万円以上	212万円
	現役並みⅡ (現役Ⅱ)	住民税課税所得が380万円以上	141万円
	現役並みⅠ (現役Ⅰ)	住民税課税所得が145万円以上	67万円
一般世帯		現役並みⅠ～Ⅲ、低所得Ⅰ・Ⅱに該当しない方	56万円
住民税非課税世帯	低所得Ⅱ (区分Ⅱ)	世帯全員が住民税非課税で、低所得Ⅰに該当しない方	31万円
	低所得Ⅰ (区分Ⅰ)	世帯全員が住民税非課税で、世帯全員の各種所得が0円	19万円

【注意事項】

※入院時の食事代、居住費、差額ベッド代など、保険診療外の費用は合算対象にはなりません。

※高額療養費や高額介護(予防)サービス費として払い戻される金額を差し引いた自己負担額が、合算の対象となります。

※申請をいただいても、自己負担額が基準額を下回る場合や、介護保険料滞納により給付制限がかかっている場合は、支給されないことがありますので、あらかじめ御了承ください。

※計算対象期間の途中で、加入する保険が変更となった方、または市町の区域を越えて転居された方は、変更前の保険または転居元の保険でも支給対象となっている場合があります。

※公金受取口座を利用できるのは被保険者本人のみに限ります。
委任者・相続人は利用できませんのでご注意ください。

〒999-9999

〇〇県〇〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇
〇〇〇〇〇ビル〇階 後期一郎様方

広域 太郎 様

【カスタマバーコード】

1-1

宛名郵便番号
宛名住所
宛名氏名

7 長広事第 8 号
令和 8 年 3 月 日

差し込みデータの市町毎の
通し番号(管理番号)を印字

枠は印刷しない

被保険者漢字氏名

<医療保険者> 長崎県後期高齢者医療広域連合長 古川 隆三郎
(公 印 省 略)

介護保険代表者名

<介護保険者> 〇 〇 市 長
(公 印 省 略)

「高額介護合算療養費」(医療保険分)・「高額医療合算介護(予防)サービス費」(介護保険分)の支給申請について(お知らせ)

様の後期高齢者世帯は、計算対象期間において「高額介護合算療養費」及び「高額医療合算介護(予防)サービス費」が支給される場合がありますので、同封の申請書に必要事項を記入の上、下記の市町村窓口で手続きをお願いします。(郵送による申請も可)

また、ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

後期高齢者医療
被保険者番号

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8
被保険者氏名	広域 太郎
計算対象期間	令和 6 年 8 月 ~ 令和 7 年 7 月

【持参するもの】

- ◎同封している申請書
- ◎来庁される方の身分証明書(運転免許証、マイナンバーカードなど)等
- ◎口座番号と口座名義人が確認できるもの(預貯金通帳等)

※郵送による申請の場合は、通帳や身分証明書の添付は不要ですが、必要事項を記入しているか、口座等の記載内容に間違いがないかなど、よくご確認の上、下記申請窓口にて郵送してください。(口座番号の欄に、誤って”お客様番号”を記入されるケースが多く見受けられます。)

※本人が亡くなられている場合の申請者(誓約者)は、法定相続人である配偶者及び血族の方(子・孫・

なります(子の配偶者等は不可)。概ね3~5か月後に支給します。なお、申請できる期間は、このお知らせが

自治体名+自治体問合せ先
自治体郵便番号
自治体住所
自治体電話番号

(自治体別特記事項がない
自治体は、点線を消す。)

自治体別特記事項

◆申請書類提出先・お問い合わせ

〇〇市役所△△△△△課
〒XXX-XXXX
〇〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇〇〇〇〇〇
ビル〇階
☎XXX-XXX-XXXX (直通)

- 地域センターでも申請受付できます。
- 介護保険に関するお問い合わせ
介護保険課
- 福祉医療に関するお問い合わせ
障害福祉課

《高額医療・高額介護合算制度とは》

毎年8月1日から翌年7月31日までの1年間に、医療費と介護(予防)サービス費の自己負担額が高額となった場合、基準額を超えた部分が払い戻される制度です。

負担区分		要件	基準額
現役並み所得者	現役並みⅢ	住民税課税所得が690万円以上	212万円
	現役並みⅡ (現役Ⅱ)	住民税課税所得が380万円以上	141万円
	現役並みⅠ (現役Ⅰ)	住民税課税所得が145万円以上	67万円
一般世帯		現役並みⅠ～Ⅲ、低所得Ⅰ・Ⅱに該当しない方	56万円
住民税非課税世帯	低所得Ⅱ (区分Ⅱ)	世帯全員が住民税非課税で、低所得Ⅰに該当しない方	31万円
	低所得Ⅰ (区分Ⅰ)	世帯全員が住民税非課税で、世帯全員の各種所得が0円	19万円

【注意事項】

※入院時の食事代、居住費、差額ベッド代など、保険診療外の費用は合算対象にはなりません。

※高額療養費や高額介護(予防)サービス費として払い戻される金額を差し引いた自己負担額が、合算の対象となります。

※申請をいただいても、自己負担額が基準額を下回る場合や、介護保険料滞納により給付制限がかかっている場合は、支給されないことがありますので、あらかじめ御了承ください。

※計算対象期間の途中で、加入する保険が変更となった方、または市町の区域を越えて転居された方は、変更前の保険または転居元の保険でも支給対象となっている場合があります。

※公金受取口座を利用できるのは被保険者本人のみに限ります。
委任者・相続人は利用できませんのでご注意ください。

<別紙2>

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

申請対象年度		令和 6 年度		申請区分		1. 新規		2. 変更		3. 取下げ	
フリガナ						生年月日		年 月 日 生		個人番号	
被保険者氏名						計算期間の始期及び終期		年 月 ～ 年 月			
国民健康保険資格情報											
保険者番号		被保険者証記号		被保険者証番号		続柄		保険者名称		加入期間	
						1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員				から まで	
後期高齢者医療資格情報											
保険者番号		被保険者番号		被保険者名称		広域連合名称		加入期間			
				長崎県後期高齢者医療広域連合		から		まで			
介護保険資格情報											
保険者番号		被保険者番号		被保険者名称		加入期間					
						から		まで			
振込口座											
銀行 信用金庫 信用組合 農協・信漁連 労働金庫		金融機関コード		店舗コード		種別		口座番号		フリガナ	
				本店 支店・支所 本店営業部 出張所		1. 普通預金 2. 当座預金 3. 貯蓄預金				口座名義人	
公金受取口座		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。		※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック（✓）をしてください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報（上記太枠部）の記載や通帳の添付等は不要です。							
長崎県後期高齢者医療広域連合 様 様 市（町） 長 様											
① 上記対象者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給を申請します。 ※ 上記対象者が死亡している場合は、上記対象者の高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の受領権利を私が承継しますので申請します。なお、他の相続人から異議申し立てがあった場合は、私の責任において相続人の間で解決することを誓約します。											
② 上記対象者について、自己負担額証明書が必要な場合は、その交付を申請します。											
③ 本申請書をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。											
※被保険者の方が亡くなっている場合の申請者（誓約者）は、法定相続人の方になります。 法定相続人とは、配偶者及び子（亡くなっている場合は孫・ひ孫）、親、兄弟姉妹等の血族になります。 子の配偶者は法定相続人にはなりません。											
被保険者氏名 郵便番号 住 所 氏 名 電話番号											
被保険者との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> その他（ ）											
私は、下記の者に高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の受領に係る権限を委任します。											
委任状											
委任者（申請者） 氏名											
受任者（口座名義人） 住所											
氏名 委任者との続柄（ ）											

申請対象年度		令和 6 年度		申請区分		1.新規		2.変更		3.取下げ	
フリガナ		コウイキ タロウ				生年月日		昭和 1 年 1 月 1 日 生			
被保険者氏名		広域 太郎				個人番号		令和 6 年 8 月 ~ 令和 7 年 7 月			
国民健康保険資格情報											
保険者番号		被保険者証記号		被保険者証番号		続柄		保険者名称		加入期間	
						1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員				から まで	
後期高齢者医療資格情報											
保険者番号		被保険者番号		被保険者名称		広域連合名称		加入期間			
39422019		1 2 3 4 5 6 7 8		長崎県後期高齢者医療広域連合		令和6年8月1日 から 令和7年7月31日 まで					
介護保険資格情報											
保険者番号		被保険者番号		被保険者名称		加入期間					
422014		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9		〇〇市		令和6年8月1日 から 令和7年7月31日 まで					
振込口座											
銀行 信用金庫 信用組合 農協・信済連 労働金庫		金融機関コード		店舗コード		種別		口座番号		フリガナ	
				本店 支店・支所 本店営業部 出張所		1. 普通預金 2. 当座預金 3. 貯蓄預金				口座名義人	
公金受取口座		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。		※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。」にチェック（✓）をしてください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報（上記太枠部）の記載や通帳の添付等は不要です。							
長崎県後期高齢者医療広域連合 様 様 市（町） 長 様											
① 上記対象者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給を申請します。 ※ 上記対象者が死亡している場合は、上記対象者の高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の受領権利を私が承継しますので申請します。なお、他の相続人から異議申し立てがあった場合は、私の責任において相続人の間で解決することを誓約します。											
② 上記対象者について、自己負担額証明書が必要な場合は、その交付を申請します。											
③ 本申請書をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。											
※被保険者の方が亡くなっている場合の申請者（誓約者）は、法定相続人の方になります。 法定相続人とは、配偶者及び子（亡くなっている場合は孫・ひ孫）、親、兄弟姉妹等の血族になります。 子の配偶者は法定相続人にはなりません。											
申請者（誓約者）氏 名 電話番号											
被保険者との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> その他（ ）											

保険者加入歴	保険者名		加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	委任状	私は、下記の者に高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の受領に係る権限を委任します。	
	1		年 月 日 から 年 月 日まで			委任者（申請者）氏 名	
	2		年 月 日 から 年 月 日まで			住所	
	3		年 月 日 から 年 月 日まで			委任者（口座名義人）氏 名 委任者との続柄（ ）	

注意事項

申請対象年度		令和	6	年度	申請区分		1. 新規	2. 変更	3. 取下げ
--------	--	----	---	----	------	--	-------	-------	--------

フリガナ		被保険者カナ氏名		生年月日		年 月 日 生		個人番号		年 月 年 月	
被保険者氏名		被保険者漢字氏名						計算期間の始期及び終期		年 月 年 月	

国民健康保険資格情報											
保険者番号		被保険者証記号		被保険者証番号		続柄		保険者名称		加入期間	
						1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員				から まで	

後期高齢者医療資格情報											
保険者番号		被保険者番号		被保険者番号		広域連合名称		加入期間			
後期高齢者医療 保険者番号		後期高齢者医療 被保険者番号				長崎県後期高齢者医療広域連合		医療加入期間 開始年月日 から 終了年月日		医療加入期間 開始年月日 から 終了年月日	

保険者番号		被保険者番号		被保険者番号		介護保険者名称		加入期間			
介護 保険者番号		介護 被保険者番号				介護保険者名称		介護加入期間 開始年月日 から 終了年月日		介護加入期間 開始年月日 から 終了年月日	

振込口座											
銀行 信用金庫 信用組合 農協・信漁連 労働金庫		金融機関コード		店舗コード		種別		口座番号		フリガナ	
				本店 支店・支所 本店営業部 出張所		1. 普通預金 2. 当座預金 3. 貯蓄預金		口座名義人			

公金受取口座

☐ 公金受取口座を利用します。

※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック（✓）をしてください。
※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報（上記太枠部）の記載や通帳の添付等は不要です。

長崎県後期高齢者医療広域連合 様 様

長 様 様

介護保険管理番号

① 上記対象者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給を申請します。
※ 上記対象者が死亡している場合は、上記対象者の高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の受領権利を私が承継しますので申請します。なお、他の相続人から異議申し立てがあった場合は、私の責任において相続人の間で解決することを誓約します。

② 上記対象者について、自己負担額証明書が必要な場合は、その交付を申請します。

③ 本申請書をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。

※被保険者の方が亡くなっている場合の申請者（誓約者）は、法定相続人の方になります。
法定相続人とは、配偶者及び子（亡くなっている場合は孫・ひ孫）、親、兄弟姉妹等の血族になります。
子の配偶者は法定相続人にはなりません。

申請者（誓約者）氏 名 電話番号
被保険者との続柄 ☐ 本人 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 孫 ☐ 兄弟姉妹 ☐ 甥・姪 ☐ その他（ ）

保険者加入歴	保険者名		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号		委任状	
			年 月 年 月 日から 日まで				氏名	
			年 月 年 月 日から 日まで				住所	
			年 月 年 月 日から 日まで				氏名	

私は、下記の者に高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の受領に係る権限を委任します。

世帯員数 世帯通番

委任者との続柄（ ）

頁欄

	枚中	枚目
--	----	----

記入例

[illegible]

□ 公金受取口座を利用します。

※ 納付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「□ 公金受取口座を利用します。」にチェック (✓) をしてください。

※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報 (上記太枠部) の記載や通帳の添付等は不要です。

マイナンバーカードに登録した「公金受取口座」に振込を希望する場合は、ここにチェック(✓)してください。

令和〇年〇月〇日

郵便番号 850-0875

長崎市栄町4番9号

申請者
(誓約者)

氏名 広域 太郎 電話番号 095-816-3932

被保険者との続柄

<input checked="" type="checkbox"/>	本人	<input type="checkbox"/>	配偶者	<input type="checkbox"/>	子	<input type="checkbox"/>	孫
-------------------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	---	--------------------------	---

☐ 兄弟姉妹 ☐ 甥・姪 ☐ その他（ ）

私は、下記の者に高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の受領に係る権限を委任します。

計算期間中に加入する医療保険(介護保険)に変更があった場合は、本欄に以前の医療保険(介護保険)について、ご記入ください。

【委任状】欄には、被保険者以外の口座に振込みを希望する場合にご記入ください。（被保険者の死亡により、法定相続人名義の口座に振り込む場合、本欄の記入は不要です。）

委任者との続柄（

ページ(頁欄)が「2枚」以上ある方は、世帯内に対象者が複数います。
対象者すべての申請書が揃わないと支払いの処理ができません。

百欄

故曰

故