

仕 様 書

- 1 件 名 令和4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5年3月3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）	18,500
②支給申請書（別紙2）	A4 片面（単色刷）	18,500
③支給申請書記入例（別紙3）	A4 片面（赤黒2色刷）	18,500

※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 5 年 2 月 3 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 乙は個人情報（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
認められるもの。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、
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 乙は、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 乙は、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 乙は、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 乙は、甲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 乙は、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、甲の許可なく複
写し、又は複製してはならない。

（再委託の禁止）

第7 乙は甲が承諾したときを除き、この契約による個人情報を取り扱う業務については、
自ら行うものとし、第三者に委託してはならない。

（資料等の返還）

第8 乙は、この契約の履行に当たって甲から提供を受け、又は乙自らが収集し、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甲に返還し、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甲に通知しなければならない。ただし、甲が別に指示し
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 乙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 甲は、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、乙は
甲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 1 1 乙は、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、速やかに甲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。

(罰則)

第 1 2 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

- ① この契約による業務に従事している者又は従事していた者（以下「従業員」という。）が、正当な理由がないのに、個人の秘密に属する事項が記録された公文書であって、個人の氏名、生年月日その他の記述等により当該個人を容易に検索することができるように体系的に構成されたもの（その全部又は一部を複製し、又は加工したものを含み、前述のもの含む。）を第三者に提供したときは、2 年以下の懲役又は 1 0 0 万円以下の罰金に処せられる。（長崎県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第 3 5 条）
- ② 従業員等がその業務に関して知り得た保有個人情報を自己若しくは第三者の不正な利益を図る目的で提供し、又は盗用した時は、1 年以下の懲役、又は 5 0 万円以下の罰金に処せられる。（同条例第 3 6 条）

4 長広事第 8 号
令和5年3月10日

【カスタマバーコード】

<医療保険者> 長崎県後期高齢者医療広域連合長 田上 富久
(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 3 年 8 月 ~ 令和 4 年 7 月

【持参するもの】

- ◎申請書
- ◎後期高齢者医療及び介護保険の被保険者証
※代理で申請書を提出する場合や本人死亡の場合、来庁者の身分証明書(マイナンバーカード、運転免許証など)
- ◎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、通帳や被保険者証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、下記申請窓口へ郵送してください。(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。)
※死亡・転出等により被保険者証をお持ちでない場合は、窓口への提示は不要です。
※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(子の配偶者は不可)。
※申請の手続きをされてから、概ね3~4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。

〒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 後期一郎様方宛名郵便番号
宛名住所
宛名氏名4長広事第8号
令和5年3月10日

広域 太郎 様

【カスタマバーコード】

1

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 田上 富久
(公印省略)

<介護保険者> 〇〇市 長

(公印省略)

介護保険代表者名

「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 3 年 8 月 ~ 令和 4 年 7 月

【持参するもの】

◎申請書

◎後期高齢者医療及び介護保険の被保険者証

※代理で申請書を提出する場合や本人死亡の場合、来庁者の身分証明書(マイナンバーカード、運転免許証など)

◎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、通帳や被保険者証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。)

※死亡・転出等により被保険者証をお持ちでない場合は、窓口への提示は不要です。

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

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(子の配偶者は不可)。

概ね3~4か月後に支給されます。なお、申請できる期間は、このお知らせが

(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
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。

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 3 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	令和3年8月 ~ 令和4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	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	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・漁協 ()	金融機関コード			店舗コード	種目	口座番号				フリガナ		
											口座名義人	
				本店出張所		1. 普通預金 2. 当座預金						

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。 委任者 住所 (申請者) 氏名 受任者 住所 (口座名義人) 氏名
	1	年 月 日から 年 月 日まで			
	2	年 月 日から 年 月 日まで			
	3	年 月 日から 年 月 日まで			
	4	年 月 日から 年 月 日まで			

長崎県後期高齢者医療広域連合 様 〇 〇 市 (町) 長 様	令和 年 月 日
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したので申請します。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。	郵便番号
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。	申請者(誓約者) 住所
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。	氏 名
※被保険者の方が亡くなられている場合の申請者(誓約書)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。	電話番号
	支給対象者との続柄

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

※年齢到達前医療自己負担額証明書添付
※転入前介護（・医療）自己負担額証明書添付
※自己負担額証明書交付申請用

申請対象年度	令和 3 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	令和3年8月 ~ 令和4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	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	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・漁協 ()	金融機関コード			店舗コード	種目	口座番号				フリガナ		
											口座名義人	
				本店出張所		1. 普通預金 2. 当座預金						

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。 委任者 住所 （申請者） 氏名 受任者 住所 （口座名義人） 氏名
	1	年 月 日から 年 月 日まで			
	2	年 月 日から 年 月 日まで			
	3	年 月 日から 年 月 日まで			
	4	年 月 日から 年 月 日まで			

長崎県後期高齢者医療広域連合 様 〇 〇 市 （ 町 ） 長 様	令和 年 月 日
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したので申請します。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。	郵便番号
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。	申請者（誓約者） 住 所
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。	氏 名
※被保険者の方が亡くなられている場合の申請者（誓約書）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（亡くなられている場合は孫・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。	電話番号
	支給対象者との続柄

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

注意事項

申請対象年度	令和 3 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	
被保険者氏名	被保険者漢字氏名		被保険者生年月日	計算期間の始期及び終期	令和3年8月 ~ 令和4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	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 医療加入期間 終了年月日 まで

介護保険資格情報					
保険者番号	被保険者番号	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 介護加入期間 終了年月日 まで

振込口座					
銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協 ()	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号
				1. 普通預金 2. 当座預金	フリガナ 口座名義人

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。 委任者 住所 (申請者) 氏名 受任者 住所 (口座名義人) 氏名
	1	年 月 日から 年 月 日まで			
	2	年 月 日から 年 月 日まで			
	3	年 月 日から 年 月 日まで			
	4	年 月 日から 年 月 日まで			

長崎県後期高齢者医療広域連合 様 介護保険管理者名称	令和 年 月 日
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したので申請します。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。	郵便番号
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。	申請者 (誓約者) 住 所
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。	氏 名
※被保険者の方が亡くなられている場合の申請者(誓約書)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(亡くなられている場合は孫・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。	電話番号
	支給対象者との続柄
	世帯員数
	世帯通番

頁欄

枚中

枚目

記入例

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

被保険者が死亡している場合は、個人番号の記入は不要で

フリガナ	コウイキ タロウ		個人番号		
被保険者氏名	広域 太郎		計算期間の始期及び終期	令和3年8月 ～ 令和4年7月	
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	住所	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	広域連合名称		加入期間	
3942201		埼玉県後期高齢者医療広域連合		令和3年8月1日 から 令和4年7月31日 まで	
介護保険資格情報					
保険者番号	保険者名称			加入期間	
422014	長崎市			令和3年8月1日 から 令和4年7月31日 まで	
振込口座					
ゆうちょ	銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目
					口座番号
					フリガナ
					口座名義人
					コウイキ タロウ
					広域 太郎
保険者加入歴			委任状		
1. 年 月 日から 年 月 日まで 2. 計算期間(令和3年8月～令和4年7月)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。			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。 委任者 住所 (申請者) 氏名 受任者 住所 (口座名義人) 氏名		

長崎県後期高齢者医療広域連合 様
市(町)長 様

令和 5 年 3 月 18 日

- 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したので申請します。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られている場合の申請者(誓約書)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(亡くなられている場合は孫・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。

郵便番号 850-0875

申請者(誓約者) 住所 長崎市栄町4番9号

氏名 広域 太郎

電話番号 095-816-3930

支給対象者との続柄 本人

【申請者】欄には被保険者についてご記入ください。
 ただし、被保険者が死亡されている場合は、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)から申請していただくこととなります。(子の配偶者は不可)
 なお、成年後見人に選任された方が申請される場合は、登記事項証明書等を添付してください。

頁欄

枚中

枚目

管理番号	後期高齢者医療被保険者番号	介護保険被保険者番号	介護保険被保険者番号	介護保険者名称	介護保険管理者名称	介護保険代表者名	被保険者力ナ氏名	被保険者漢字氏名	被保険者生年月日	被保険者性別	宛名郵便番号	宛名住所	宛名氏名	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	自治体特記事項	被保険者資格取得年月日	被保険者資格喪失年月日	医療加入期間開始年月日	医療加入期間終了年月日	介護加入期間開始年月日	介護加入期間終了年月日	世帯員数	世帯通番	注意事項	
1	39422019	00011111	422014	1001111111	長崎市	長崎市長	長崎市長 田上 富久	コウキ イチロウ	後期 一部	明治45年1月1日	男	8500875	長崎県長崎市魚の町4番1号	後期 一部	長崎市役所	後期高齢者医療室	〒850-8685	長崎市魚の町4番1号	☎095-829-1139(直通)	●返信用封筒でご返送いただく、お近くの地域センターでも申請受付できます。	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	1	1	
2	39422027	00022222	422022	1002222222	佐世保市	佐世保市長	佐世保市長 朝長 則男	コウキ ジロウ	後期 二部	大正4年2月2日	男	8500875	長崎県佐世保市八幡町1番10号	後期 二部様 ご家族	佐世保市役所	医療保険課	〒857-8585	佐世保市八幡町1番10号	☎0956-24-1111(市役所代表)	●医療保険課の窓口は本庁舎1階です。 ※お近くの支所でも申請受付できます。 ※郵送でも申請できます。 ●介護保険に関するお問い合わせ 長寿社会課 ●福祉医療の充当に関するお問い合わせ 障がい福祉課	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	2	1	
3	39422035	00033333	422030	1003333333	島原地域広域市町村圏組合	島原地域広域市町村圏組合管理者	島原地域広域市町村圏組合管理者 島原市長 古川 隆三郎	コウキ サブロウ	後期 三部	大正11年3月3日	男	8500875	長崎県島原市上の町537番地	後期 三部	島原市役所	保険健康課 後期高齢・介護班	〒855-8555	島原市上の町537番地	☎0957-63-1111(内線233)	●保険健康課は、本庁舎1階4番窓口です。 ※有期支所でも申請受付できます。 ●介護保険に関するお問い合わせ 島原地域広域市町村圏組合 介護保険課 給付係 ☎0957-61-1104 ●福祉医療の充当に関するお問い合わせ 福祉課 障害福祉課 ☎0957-63-1111(内線333)	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	2	2	
4	39422043	00044444	422048	1004444444	諫早市	諫早市長	諫早市長 大久保 潔重	コウキ シロウ	後期 四部	大正11年4月4日	男	8500875	長崎県諫早市東小路町7番1号	後期 四部	諫早市役所	保険年金課 給付担当	〒854-8601	諫早市東小路町7番1号	☎0957-22-1500(市役所代表)	●保険年金課の窓口は本庁舎1階です。 ※お近くの支所でも申請受付できます。 ※出張所では受付できません。 (例)真津山出張所 ●介護保険に関するお問い合わせ 介護保険課(本庁舎 3階) ●福祉医療の充当に関するお問い合わせ 障害福祉課(本庁舎 1階)	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	1	1	
5	39422050	00055555	422055	1005555555	大村市	大村市長	大村市長 園田 裕史	コウキ ゴロウ	後期 五部	大正11年5月5日	男	8500875	長崎県大村市玖島1丁目25番地	後期 五部	大村市役所	国保けんこう課	〒856-8686	大村市玖島1丁目25番地	☎0957-53-4111(市役所代表)	●国保けんこう課の窓口は本庁舎1階です。 ●介護保険に関するお問合せ 長寿介護課 ●福祉医療の充当に関するお問合せ 福祉総務課	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	1	1	
6	39422076	00066666	422071	1006666666	平戸市	平戸市長	平戸市長 黒田 成彦	コウキ ロクロウ	後期 六部	大正11年6月6日	男	8500875	長崎県平戸市岩の上町1508番地3	後期 六部	平戸市役所	健康ほけん課	〒859-5192	平戸市岩の上町1508番地3	☎0950-22-9124(直通)	●お近くの支所でも申請受付できます。 ●介護保険に関するお問合せ 長寿介護課 ☎0950-22-9134(直通) ●福祉医療の充当に関するお問合せ 福祉課 ☎0950-22-9130(直通)	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	1	1	
7	39422084	00077777	422089	1007777777	松浦市	松浦市長	松浦市長 友田 吉泰	コウキ シチロウ	後期 七部	大正11年7月7日	男	8500875	長崎県松浦市志佐町里免365番地	後期 七部	松浦市役所	健康ほけん課 国保・年金係	〒859-5498	松浦市志佐町里免365番地	☎0956-72-1111(市役所代表)	●健康ほけん課の窓口は本庁舎1階です。 ※お近くの支所・出張所でも申請受付できます。 ●介護保険に関するお問い合わせ 長寿介護課 介護保険係 ●福祉医療の充当に関するお問い合わせ 福祉事務所 障害福祉係	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	1	1	
8	39422092	00088888	422097	1008888888	対馬市	対馬市長	対馬市長 比田勝 尚喜	コウキ ハチロウ	後期 八部	大正11年8月8日	男	8500875	長崎県対馬市豊玉町仁位380番地	後期 八部	対馬市役所	保険課	〒817-1201	対馬市豊玉町仁位380番地	☎0920-58-1579(直通)	●南福祉保健センター・各振興部民生生活課・各行政サービス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 保険課 ☎0920-58-1118(直通)	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	1	1	
9	39422100	00099999	422105	1009999999	杵岐市	杵岐市長	杵岐市長 白川 博一	コウキ キュウロウ	後期 九部	大正11年9月9日	男	8500875	長崎県杵岐市芦辺町芦辺浦562番地	後期 九部	杵岐市役所	保険課	〒811-5392	杵岐市芦辺町芦辺浦562番地	☎0920-45-1157(直通)	●お近くの各庁舎(支所)でも申請受付できます。 ●後期高齢者医療に関するお問合せ 保険課 国保・後期・年金班 ●介護保険に関するお問合せ 保険課 介護保険班	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	2	1	
10	39422118	00111111	422113	1011111111	五島市	五島市長	五島市長 野口 市太郎	コウキ ジュウロウ	後期 十部	大正11年10月10日	男	8500875	長崎県五島市福江町1番1号	後期 十部	五島市役所	国保健康政策課	〒853-8901	五島市福江町1番1号	☎0959-72-6111(市役所代表)	●国保健康政策課の窓口は本庁新庁舎1階です。 ※お近くの支所・出張所でも申請受付できます。 ●介護保険に関するお問い合わせ 長寿介護課 ●福祉医療の充当に関するお問い合わせ 社会福祉課	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	2	2	
11	39422126	00222222	422121	1022222222	西海市	西海市長	西海市長 杉澤 泰彦	コウキ シロウ	後期 士部	大正11年11月11日	男	8500875	長崎県西海市大瀬戸町瀬戸程浦第2278番地1	後期 士部	西海市役所	長寿介護課	〒857-2392	西海市大瀬戸町瀬戸程浦第2278番地1	☎0959-37-0024(直通) ●市民課および最寄りの総合支所でも申請受付できます。	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	1	1		
12	39422134	00333333	422139	1033333333	島原地域広域市町村圏組合	島原地域広域市町村圏組合管理者	島原地域広域市町村圏組合管理者 島原市長 古川 隆三郎	コウキ イチコ	後期 一子	大正11年12月12日	女	8500875	長崎県雲仙市吾妻町牛口名714番地	後期 一子	雲仙市役所	総合窓口課 保険年金班	〒859-1107	雲仙市吾妻町牛口名714番地	☎0957-38-3111(市役所代表)	●お近くの支所でも申請受付できます。 ●後期高齢者医療に関するお問い合わせ 左記のとおり ●介護保険に関するお問い合わせ 島原地域広域市町村圏組合 介護保険課 ☎0957-61-9101 ●福祉医療の充当に関するお問い合わせ 雲仙市役所 福祉課 ☎0957-36-2500	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	4	1	
13	39422142	00444444	422147	1044444444	島原地域広域市町村圏組合	島原地域広域市町村圏組合管理者	島原地域広域市町村圏組合管理者 島原市長 古川 隆三郎	コウキ ニコ	後期 二子	昭和7年12月13日	女	8500875	長崎県南島原市西有家町里坊96番地2	後期 二子様 ご家族	南島原市役所	健康づくり課	〒859-2412	南島原市南有家町乙1023番地	☎0957-73-6641(直通) ※お近くの支所でも申請受付できます。	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	4	2		
14	39423074	00555555	423079	1055555555	長与町	長与町長	長与町長 吉田 慎一	コウキ ミツコ	後期 三子	昭和12年12月14日	女	8500875	長崎県西彼杵郡長与町端里第659番地1	後期 三子	長与町役場	健康保険課 保険係	〒851-2185	長与町端里第659番地1	☎095-883-1111(代表)	●介護保険に関するお問い合わせ 介護保険課	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	4	3	※年齢到達前自己負担額証明書添付 ※計算対象者用
15	39423082	00666666	423087	1066666666	時津町	時津町長	時津町長 吉田 義徳	コウキ ヨソコ	後期 四子	昭和12年12月15日	女	8500875	長崎県西彼杵郡時津町清郷274番地1	後期 四子	時津町役場	高齢者支援課 後期高齢者医療係	〒851-2198	時津町清郷274-1	☎095-882-3940(直通) ●高齢者支援課 介護課給付係 ☎095-882-3940(直通) ●福祉医療の充当に関するお問い合わせ 福祉課 児童福祉係 ☎095-882-4531(直通)	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	4	4	※転入前医療・介護自己負担額証明書添付	
16	39423215	00777777	423210	1077777777	東彼杵町	東彼杵町長	東彼杵町長 岡田 伊一郎	コウキ イソコ	後期 五子	昭和12年12月16日	女	8500875	長崎県東彼杵郡東彼杵町蔵本第1850番地6	後期 五子	東彼杵町役場	健康ほけん課 国保年金係	〒859-3808	東彼杵町蔵本第1850番地6	☎0957-46-1202(直通) ●介護保険に関するお問い合わせ 国保年金係 ☎0957-46-1202 ●介護保険に関するお問い合わせ 介護保険係 ☎0957-46-1196 ●福祉医療の充当に関するお問い合わせ 福祉係 ☎0957-46-1155	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	1	1	※年齢到達前医療自己負担額証明書添付 ※転入前介護自己負担額証明書添付	
17	39423223	00888888	423228	1088888888	川棚町	川棚町長	川棚町長 波戸 勇則	コウキ ムソコ	後期 六子	昭和12年12月17日	女	8500875	長崎県東彼杵郡川棚町中組第1518番地1	後期 六子	川棚町役場	健康推進課 国保年金係	〒859-3692	川棚町中組第1518番地1	☎0956-82-3132(直通) ●介護保険に関するお問い合わせ 長寿介護係 ●福祉医療の充当に関するお問い合わせ 住民福祉課 社会福祉係	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	1	1	※計算対象者用	
18	39423231	00999999	423236	1099999999	波佐見町	波佐見町長	波佐見町長 前川 芳徳	コウキ ナナコ	後期 七子	昭和12年12月18日	女	8500875	長崎県東彼杵郡波佐見町宿郷660番地	後期 七子	波佐見町役場	国保年金班	〒859-3791	波佐見町宿郷660番地	☎0956-85-2483(直通) ●介護保険に関するお問い合わせ 長寿介護班 ☎090-6656(直通) ●福祉医療費の充当に関するお問い合わせ 社会福祉課 ☎85-2973(直通)	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	1	1	※転入前介護自己負担額証明書添付	
19	39423835	01111111	423830	1111111111	小値賀町	小値賀町長	小値賀町長 西村 久之	コウキ ハチコ	後期 八子	昭和12年12月19日	女	8500875	長崎県北松浦郡小値賀町笛吹郷2376番地1	後期 八子	小値賀町役場	住民課 保健係	〒857-4701	小値賀町笛吹郷2376番地1	☎0959-56-3111(代表)	●介護保険に関するお問い合わせ 福祉事務所	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	1	1	※転居前介護自己負担額証明書添付
20	39423918	02222222	423913	1222222222	佐々町	佐々町長	佐々町長 古庄 剛	コウキ キュウコ	後期 九子	昭和12年12月20日	女	8500875	長崎県北松浦郡佐々町本田原免168番地2	後期 九子 成年後年人 弁護士 後期 十部	佐々町役場	保険環境課	〒857-0392	佐々町本田原免168番地2	☎0956-62-2101	●介護保険に関するお問い合わせ 住民福祉課	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	1	1	※年齢到達前自己負担額証明書添付
21	39424114	03333333	424119	1333333333	新上五島町	新上五島町長	新上五島町長 石田 信明	コウキ センゾウ	後期 千歳	昭和12年12月21日	女	8500875	長崎県南松浦郡新上五島町青方第1585番地1 特別養護老人ホーム しんかみことう荘	後期 千歳	新上五島町役場	健康保険課	〒857-4495	新上五島町青方第1585番地1	☎0959-53-1163(直通)	●お近くの支所でも申請受付できます。	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	1	1	※転居前介護自己負担額証明書添付
1 【参考 (見本用)】	39422019	12345678	422014	123456789	〇〇市	〇〇市長	〇〇市長 〇〇 〇〇	コウイキ タロウ	広域 太郎	大正12年11月27日	男	9999999	〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇〇〇〇〇ビル〇階 後期一部様方	広域 太郎	〇〇市役所	△△△△△課	〒XXX-XXXX	〇〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇〇〇〇〇ビル〇階	☎XXX-XXX-XXXX	●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	20080401		令和3年8月1日	令和4年7月31日	令和3年8月1日	令和4年7月31日	2	1	※年齢到達前医療自己負担額証明書添付 ※転入前介護(医療)自己負担額証明書添付 ※自己負担額証明書交付申請用

※【参考(見本用)】は各帳票(別紙1・1-2-1)の見本で使用しているデータです。テストプリントは不要です。