高額介護合算療養費勧奨通知書等の作成
及び配送業務委託仕様書

千葉県後期高齢者医療広域連合

千葉県後期高齢者医療広域連合（以下「本広域連合」という。）が業務委託する「高額介護合算療養費勧奨通知書等作成及び配送業務委託」に係る仕様については以下のとおりとする。

１.業務名

高額介護合算療養費勧奨通知書等作成及び配送業務委託

２.業務概要及び目的

本業務は、本広域連合で取り扱う千葉県後期高齢者医療広域連合電算システム（以下「標準システム」という。）において、出力された支給申請勧奨通知書 CSV ファイル等を使用し印刷・封入・梱包等及び、大手配送業者を通じて県内の各市区町村及び本広域連合への配送を実施するものであり、本広域連合及び各市区町村においての作業効率及び利便性の向上を目的とする。

３.業務内容

⑴勧奨通知書、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（両面）（以下「支給申請書」という。）、リーフレット（両面）、申立書（両面）、記入例（両面）等の印刷

⑵印刷した通知書等を指定の窓空き封筒へ封入

⑶本広域連合が指定した順に、市区町村単位にて梱包

⑷⑶のもの（以下「成果品」という。）は本広域連合職員の検品の後、大手配送業者を通じて配送先（広域連合及び県内各市区町村役場）へ納品すること。

⑸　電子データの納品については、データ受渡し日の翌日から６営業日以内に納品すること。

成果品についてはデータ受渡し日の翌日から８営業日以内に検品日を設けるものとする。検品においては、市区町村単位にて梱包された箱内の成果品の確認を行う。また、一覧表により箱内の成果物が納品番号をもとに並び順から検索できるものとなっているかの確認を行う。このとき、各市区町村宛てに梱包された箱毎の配送先についても、貼布用の配送用伝票と照合し、確認を行う。

本広域連合職員の立ち会いによる検品終了後、大手配送業者を通じて速やかに本広域連合指定の場所に納品すること。

検品場所については、広域連合と協議の上、広域連合から公共交通機関等を利用して概ね２時間以内の範囲に位置する受注先工場等を、受注者の負担において提供すること。

⑹配送料については、大手配送業者より広域連合宛ての請求書を発行することにより、広域連合が大手配送業者へ直接支払うものとする。このため、大手配送業者に支払う配送料については、契約金額に含まないこと。ただし、集荷先を受注先とし、配送業者へ引

き渡すための宛名シール（配送用伝票等）の貼布等にかかる経費は、受注者において負担するものとする。

配送業者の指定は行わないが、各箱に追跡番号が付されることにより、配送完了が確認できるサービスを提供している大手配送業者を選定すること。

⑺上記の本番データ印刷作業等に先立ち、本広域連合が提供するテストデータを印刷したものを本広域連合に納品すること。（テストデータの受渡し日は 12 月中旬予定）

４．納入場所

広域連合及び県内各市区町村役場

５．契約の形式

本業務は、窓空き封筒１通当たりによる単価契約（消費税及び地方消費税抜き）とする。なお、本項における窓空き封筒とは、別表１に掲げる支給申請書等を封入した成果品の状態のものを指す。

６．業務委託条件

・業務の履行に当たっては、関係法令等を十分に遵守しなければならない。
・業務の履行により知り得た秘密を一切第三者に漏らしてはならない。この契約が終了し、又は解除された後も同様とする。
・本業務において取り扱う情報の漏えい、改ざん、滅失等が発生することを防止する観点から、情報の適正な保護・管理体制を実施するとともに、これらの実施状況について、本広域連合が検査を行う場合はこれに応じること。また、情報の漏えい、改ざん、滅失等が発生した場合は、発注者へ報告するとともに、可及的速やかに修復すること。
・別添情報セキュリティポリシー（以下「ポリシー」という。）においてポリシーの適用範囲に本業務を受託する者（以下「受注者」という。）が同様に適用するものとし、受注者は、ポリシーの内容を遵守すること。

なお、この場合において、ポリシーに定める組織体制に、受注者の組織体制を当て嵌め、これを運用するものとする。

・別添個人情報取扱特記事項の内容を遵守すること。

なお、本業務における個人データの提供は、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）第 27 条第 5 項第 1 号の規定により行われるものである。

・本業務の実施には、本広域連合との緊密な連携のもとに検討を進めること。
・千葉県または県内市町村において入札参加適格者（資格者）名簿に掲載されていること。

７．契約期間及び履行期間

契約期間：契約締結日から～令和９年３月３１日
履行期間：契約締結の翌日～令和９年３月３１日

８．業務完了

本業務終了後、本広域連合の指定した納入期限までに成果品を各指定配送先へ納品し、検査をもって完了とする。

９．委託料の支払い

８．に示した業務完了後の一括払いとする。

８．に示した業務完了後、窓空き封筒の総通数に契約金額を乗じ、当該算出された価額に対して、当該算出された価額に消費税率及び地方消費税率を乗じたものを加算した額の支払を本広域連合に書面により請求すること。

本広域連合は、上記請求に関する書面を受理した日から 30 日以内に上記請求価額を支払う。なお、本項における窓空き封筒とは、別表１に掲げる被保険者の氏名等を印字した支給申請書等を封入した成果品の状態のものを指す。

10. 業務仕様

通知作成にあたっては、日本加除出版株式会社の KAJO_J 入力システムＶ7.0 後期高齢者医療広域連合電算処理システム対応版を使用していること。また、本広域連合の外字ファイル（KAJO_JM.TTE）については別途提供するものを使用すること。

⑴勧奨通知書

１）「高額介護合算療養費勧奨通知書マスタ情報仕様書」のとおりとする。

２）ファイル名は以下のとおりとする。

支給申請勧奨通知書ファイル（通常分）	JKD40Y0130201_KD40F082T.csv
支給申請勧奨通知書ファイル（精算対象者分）	JKD40Y0130201_KD40F342T.csv
支給申請勧奨通知書ファイル（通常分・桁あふれ・外字あり）	JKD40Y0130201_KD40F092T.csv
支給申請勧奨通知書ファイル（精算対象者分・桁あふれ・外字あり）	JKD40Y0130201_KD40F352T.csv

３）カスタマイズ仕様

ｉ）通常分・精算対象者分共通

・被保険者番号を保険者欄下部に印刷する。

・納品通知番号をカスタマーバーコード下部に印刷する。

・通知年月日は、TUT_YMD の値を和暦変換し、年月までを表示する。

・通知作成時点は、カッコ内で中央寄せとする。
・印刷の出力順は、データ順とする。
・申請書提出先の郵便番号に「〒」を付加する。
・宛名に「様」を付加する。※被保険者氏名欄には付加しない。
・宛名氏名と被保険者のマスタ情報の照合により「死亡区分（個人）」を判定し、該当の「死亡区分（個人）」の死亡者名と宛名氏名が一致する対象があった場合に、宛名氏名下部に「ご家族様」を印字する。
・契約後に提供する印影（広域連合長印）は、連合長名の下１文字中央から右部分に掛かるよう印字位置を調整する。
・明細欄の各項目の印字位置（縦方向）は右寄せとする。

ⅱ）通常分
・明細欄の医療負担額、医療支給額、介護負担額、介護支給額（見込）は 10 桁までを印字可能とし、枠に合わせてフォントサイズを調整する。

ⅲ）精算対象者分
・明細欄の医療負担額、医療支給額、介護負担額、介護支給額は 10 桁までを印字可能とし、枠に合わせてフォントサイズを調整する。
・支給対象者および負担額と支給額の明細欄には、対象フラグ（期中）（TISO_FLG_KCU）の該当者の内容を印刷する。

⑵支給申請書

１）添付の「高額介護合算療養費申請書マスタ情報仕様書」のとおりとする。

２）ファイル名は「高額介護合算療養費申請書データ_印刷用.csv」とする。

３）カスタマイズ仕様

ⅰ）備考欄には以下のアラビア数字を記載する。
・優先作業対象者 FLG がある場合…　1
・複数世帯（後期）FLG がある場合…　2
・広域内異動者（以前）FLG がある場合…　3
・資格取得者 FLG がある場合…　4
・精算対象者 FLG がある場合…　5
・住所地特例（後期）FLG がある場合…　6
・死亡者 FLG がある場合…　0

ⅱ）既存申請フラグがある場合、「個人番号」欄内右下に「＊」を記載する。

ⅲ）世帯毎の申請書枚数がわかるように、様式の右下部に世帯内での通し番号を記載する。支給申請書に印字する通し番号は、同封する支給申請書の枚数のみをカウントしたものとし、同封物の高額介護合算療養費勧奨通知書・申立書の枚数は含めない。

⑶その他印刷物

１）リーフレット：添付の「高額医療・高額介護合算制度のご案内」のとおりとする。

２）申立書：添付の「申立書」のとおりとする。

３）記入例：添付の「高額介護合算療養費申請書（記入例)」のとおりとする。
４）用紙・封筒の仕様及び部数の見込みについては別表１のとおりとする。

⑷封入

１）通常分については以下のとおりとする。
・『高額介護合算療養費勧奨通知書１枚』に対して『高額介護合算療養費支給申請書（表)、委任状（裏）ｎ枚（最大 5 枚)』、『リーフレット（両面)』、『高額介護合算療養費支給申請書記入例（表)・委任状記入例（裏)』を封入する。
・死亡している場合、『申立書（表)、申立書記入例（裏)』を追加で該当人数分封入する。

２）精算対象者分については以下のとおりとする。
・『高額介護合算療養費勧奨通知書１枚』に対して『リーフレット（両面)』、『高額介護合算療養費支給申請書記入例（表)・委任状記入例（裏)』を封入する。『高額介護合算療養費支給申請書（表)、委任状（裏)』については、対象フラグ（期中）が付いている該当者分のみ封入する。
・対象フラグ（期中）があり、かつ死亡区分（個人）が１である場合、『申立書（表)、申立書記入例（裏)』を追加で該当者分封入する。

⑸封緘

１）高額介護合算療養費勧奨通知書マスタ情報仕様書の YB コードが１であるものについては封緘し、配送業者を通じて広域連合指定の場所に納品する。
２）高額介護合算療養費勧奨通知書マスタ情報仕様書の YB コードが空欄であるものについては封緘をせず、配送業者を通じて広域連合指定の場所に納品する。

⑹納品

１）データ受渡し日の翌日から６営業日以内に電子データの納品をすること。
また、データ受渡日の翌日から８営業日以内に成果品の検品日を設けるものとし、検品終了後、配送業者を通じて速やかに本広域連合指定の場所に納品すること。
（検品期日：令和９年３月中旬予定）

２）納品物件については以下のとおりとする。
・高額介護合算療養費勧奨通知書(通常分・正常分)
・高額介護合算療養費勧奨通知書(精算対象者・正常分)
・高額介護合算療養費勧奨通知書(通常分・未登録外字・桁あふれ分)
・高額介護合算療養費勧奨通知書(精算対象者・未登録外字・桁あふれ分)
・支給申請書（表)・委任状（裏）(通常分・正常分)

・支給申請書（表）・委任状（裏）(精算対象者・正常分)
・支給申請書（表）・委任状（裏）(通常分・未登録外字・桁あふれ分)
・支給申請書（表）・委任状（裏）(精算対象者・未登録外字・桁あふれ分)
・リーフレット
・支給申請書(記入例)（表）・委任状（記入例）（裏）
・申立書（表）・申立書（記入例）（裏）
・一覧表（納品箱ごとの内訳を示すもの）

※電子データの納品については、上記について、物件ごとにＰＤＦファイルを作成し、ＣＤ又はＤＶＤに格納のうえ広域連合へ納品すること。

高額介護合算療養費勧奨通知書及び支給申請書については各市区町村別にＰＤＦファイルを作成し、ＣＤ又はＤＶＤに格納のうえ広域連合へ納品すること。

各勧奨通知書・支給申請書ＰＤＦファイルにおいては、ファイル内に申立書・リーフレット・記入例といった他の様式を混合せず、容易に対象者を抽出・印刷できる状態にすること。

勧奨通知書・支給申請書については、ブランクデータ（様式）のＰＤＦデータも納品すること。

３）正常分については以下のとおりとする。
・高額介護合算療養費勧奨通知書、支給申請書（表）・委任状（裏）、リーフレット、支給申請書(記入例)（表）・委任状（記入例）（裏）、申立書（表）・申立書（記入例）（裏）は巻き三つ折りとし、封入する。
・封入した通知書を市区町村別に納品通知番号順に束ね、市区町村別に箱詰めする。なお、人力にて容易に運搬できる数量とし梱包する。
・通常分の後に続けて精算対象者分を箱詰めしそれぞれに区切りを設ける。

４）未登録外字・桁あふれ分については、以下のとおりとする。
・リーフレット、支給申請書(記入例)（表）・委任状（記入例）（裏）、申立書（表）・申立書（記入例）（裏）は巻き三つ折りとし、封入するが、封緘しない。
・高額介護合算療養費勧奨通知書、支給申請書（表）・委任状（裏）、については、三つ折りせず、納品通知番号順に束ね箱詰めし・全市区町村分をまとめて梱包する。
・通常分と精算対象者分は束を分け、原則同梱し、箱数は最小限で納品する。
・未登録外字・桁あふれ分については、全市町村分を広域連合に納品する。

５）一覧表は、市区町村別の各梱包物ごとに、成果品（通常分・精算分）別の件数や納品通知番号の一覧を記載したものとし、各梱包物の成果物について、納品通知番号もとに検索できるような一覧とすること。

６）封入の際には、高額介護合算療養費勧奨通知書（通常分又は精算分）に印字される

宛先及びカスタマーバーコードが封筒の窓から見える配置とする。

7）余った資材があった場合は、別箱で広域連合に納品する。

11. その他

・本業務に関連して、大手配送業者と別途協議する必要がある場合は協力すること。

・本業務遂行上必要と認められるものであって、本仕様書の解釈に疑義が生じた事項及び本仕様書に明記していない事項が発生した場合は、随時、本広域連合と協議すること。

別表１

	規　　格	部　　数	帳票イメージ
高額介護合算療養費勧奨通知書（通常分）	Ａ４(297㎜×210㎜)、普通紙、連量70㎏程度、１色、片面印刷	約 61,300 枚	別紙１
高額介護合算療養費勧奨通知書（精算対象者分）	Ａ４(297㎜×210㎜)、普通紙、連量70㎏程度、１色、片面印刷	約 3,600 枚	別紙２
支給申請書・委任状	表面） Ａ４(297㎜×210㎜)、普通紙、連量70㎏程度、１色、両面印刷 裏面） Ａ４(297㎜×210㎜)、普通紙、連量70㎏程度、１色、両面印刷	約 77,000 枚	別紙３
リーフレット	Ａ４、普通紙、１色、両面印刷	約 64,800 枚	別紙４
申立書	表面） Ａ４、普通紙、１色、両面印刷 裏面） Ａ４、普通紙、２色、両面印刷	約 10,000 枚	別紙５
支給申請書（記入例）・委任状(記入例)	表面） Ａ４、普通紙、２色、両面印刷 裏面） Ａ４、普通紙、２色、両面印刷	約 64,800 枚	別紙６
窓空き封筒	別紙「窓空き封筒用帳票仕様書」のとおり	約 64,800 枚	別紙７

※一覧表サンプル

箱No	市町村	件数	件数（小計）	納品番号（通常）	納品番号（精算）
1	○○市A区	350		#100001 ～ #100350	～
2	○○市A区	122	472	#100351 ～ #100447	#500001 ～ #500025
3	○○市B区	346	346	#100448 ～ #100772	#500026 ～ #500046
4	○○市C区	350		#100773 ～ #101122	～
5	○○市C区	350		#101123 ～ #101472	～
6	○○市C区	251	951	#101473 ～ #101672	#500047 ～ #500098
7	☆市	350		#101673 ～ #102022	
・	・	・			
・	・	・			
99	外字・桁あふれ	67	67	#900001 ～ #900059	#950001 ～ #950008

箱のNoに対応したNoと、その内訳として市区町村名と、箱内の件数を記載してください

高額介護合算療養費勧奨通知書マスタ情報仕様書

高額介護合算療養費勧奨通知書マスタ情報の詳細

データ形式 :CSV

ファイル名 :　①JKD40Y0130201_KD40F082T.csv　②JKD40Y0130201_KD40F342T.csv
③JKD40Y0130201_KD40F092T.csv　④JKD40Y0130201_KD40F352T.csv

デ ー タ :次の表のとおり

計算基準日:令和8年7月31日

表

No.	日本語名称	項目名	属性	桁数	全/半	設定内容
1	被保険者番号	KKTY_HHS_BNG	英数字	8	半角	
2	被保険者番号（編集形式）	KKTY_HHS_BNG_D	文字列	8	全角	
3	文書番号	DOC_BNG	文字列	32	全角	
4	宛名郵便番号	ATN_ZIP_CD	英数字	7	半角	
5	宛名郵便番号１（編集形式）	ATN_ZIP_CD_D1	英数字	8	半角	
6	宛名郵便番号２（編集形式）	ATN_ZIP_CD_D2	文字列	8	全角	
7	宛名住所１（漢字）	ATN_AD1_KJ	文字列	20	全角	
8	宛名住所２（漢字）	ATN_AD2_KJ	文字列	20	全角	
9	宛名住所３（漢字）	ATN_AD3_KJ	文字列	20	全角	
10	宛名住所４（漢字）	ATN_AD4_KJ	文字列	20	全角	
11	宛名住所５（漢字）	ATN_AD5_KJ	文字列	20	全角	
12	宛名氏名（漢字）	ATN_SHM_KJ	文字列	20	全角	
13	宛名カスタマバーコード	ATN_KSTMB_CODE	英数字	207	半角	
14	作成年月日	SKSI_YMD	英数字	8	半角	
15	作成年月日１（編集形式）	SKSI_YMD_D1	英数字	21	半角	
16	作成年月日２－年号	SKSI_NGO	英数字	6	半角	
17	作成年月日２－年	SKSI_YY	英数字	2	半角	
18	作成年月日２－月	SKSI_MM	英数字	2	半角	
19	作成年月日２－日	SKSI_DD	英数字	2	半角	
20	広域連合名	KIK_RNG_NM_KJ	文字列	12	全角	
21	方書１名（漢字）	KATGK1_NM_KJ	文字列	25	全角	
22	方書２名（漢字）	KATGK2_NM_KJ	文字列	25	全角	
23	連合長名（漢字）	SHCH_NM_KJ	文字列	50	全角	
24	公印パスファイル名（英字）	KIF_NM_AL	英数字	256	半角	
25	連合長名（漢字）	SHCH_NM_KJ_DN	文字列	50	全角	
26	自治体問合せ先（漢字）	JTTI_TIAWS_SK_KJ	文字列	30	全角	
27	自治体郵便番号	JTTI_ZIPCD	英数字	7	半角	
28	自治体郵便番号（編集形式）	JTTI_ZIPCD_X	英数字	8	半角	
29	自治体郵便番号（編集形式）	JTTI_ZIPCD_D	文字列	8	全角	
30	自治体住所（漢字）	JTTI_JS_KJ	文字列	116	全角	
31	自治体電話番号	JTTI_TELNO	英数字	16	半角	
32	地方公共団体コード	THKDT_CD	英数字	6	半角	
33	保険者番号	HKNS_NO	英数字	8	半角	
34	保険者名称	HKNS_NM_KJ	文字列	20	全角	
35	システム日付	SYS_DATE	英数字	14	半角	
36	基準年月日	KJN_YMD	英数字	8	半角	
37	被保険者氏名	HHS_SHMKJ	文字列	80	全角	
38	被保険者氏名（カナ）	HHS_SHMKN	文字列	80	全角	
39	被保険者郵便番号	HHS_ZIP_CD	英数字	7	半角	
40	被保険者郵便番号１（編集形式）	HHS_ZIP_CD_D1	英数字	8	半角	
41	被保険者郵便番号２（編集形式）	HHS_ZIP_CD_D2	文字列	8	全角	
42	被保険者住所	HHS_ADDR_KJ	文字列	116	全角	
43	性別	HHS_SEX	英数字	1	半角	
44	性別（編集形式）	HHS_SEX_D	文字列	1	全角	
45	生年月日	HHS_BRTH_YMD	英数字	8	半角	
46	生年月日（編集形式）	HHS_BRTH_YMD_D	英数字	21	半角	
47	被保険者電話番号１	HHS_TEL1NO	英数字	16	半角	
48	被保険者電話番号２	HHS_TEL2NO	英数字	16	半角	
49	被保険者資格取得年月日（和暦）	HHS_SKST_YMD_D	英数字	21	半角	
50	被保険者資格喪失年月日（和暦）	HHS_SKSS_YMD_D	英数字	21	半角	
51	支給申請書整理番号	SKY_SNSS_SEIR_NO	英数字	17	半角	
52	支給申請履歴通番	SKYSNS_RRK_TUBN	数値	5	半角	

No.	日本語名称	項目名	属性	桁数	全/半	設定内容
53	支給申請世帯構成員通番	SKYSNS_STKSN_TUBN	数値	5	半角	
54	通知年月日	TUT_YMD	英数字	8	半角	
55	通知年月日-元号	TUT_GNGO	英数字	6	半角	
56	通知年月日-年	TUT_YY	英数字	2	半角	
57	通知年月日-年（文言）	TUT_YY_KJ	英数字	3	半角	
58	通知年月日-月	TUT_MM	英数字	2	半角	
59	通知年月日-月（文言）	TUT_MM_KJ	英数字	3	半角	
60	通知年月日-日	TUT_DD	英数字	2	半角	
61	通知年月日-日（文言）	TUT_DD_KJ	英数字	3	半角	
62	計算対象期間１	TISY_FROM_YMD_D1	英数字	8	半角	
63	計算対象期間-元号１	TISY_FROM_GNGO	英数字	6	半角	
64	計算対象期間-年１	TISY_FROM_YY	英数字	2	半角	
65	計算対象期間-年１（文言）	TISY_FROM_YY_KJ	英数字	3	半角	
66	計算対象期間-月１	TISY_FROM_MM	英数字	2	半角	
67	計算対象期間-月１（文言）	TISY_FROM_MM_KJ	英数字	3	半角	
68	計算対象期間-日１	TISY_FROM_DD	英数字	2	半角	
69	計算対象期間-日１（文言）	TISY_FROM_DD_KJ	英数字	3	半角	
70	計算対象期間２	TISY_TO_YMD_D1	英数字	8	半角	
71	計算対象期間-元号２	TISY_TO_GNGO	英数字	6	半角	
72	計算対象期間-年２	TISY_TO_YY	英数字	2	半角	
73	計算対象期間-年２（文言）	TISY_TO_YY_KJ	英数字	3	半角	
74	計算対象期間-月２	TISY_TO_MM	英数字	2	半角	
75	計算対象期間-月２（文言）	TISY_TO_MM_KJ	英数字	3	半角	
76	計算対象期間-日２	TISY_TO_DD	英数字	2	半角	
77	計算対象期間-日２（文言）	TISY_TO_DD_KJ	英数字	3	半角	
78	申請年月日	SNS_YMD_D1	英数字	8	半角	
79	申請年月日-元号	SNS_GNGO	英数字	6	半角	
80	申請年月日-年	SNS_YY	英数字	2	半角	
81	申請年月日-年（文言）	SNS_YY_KJ	英数字	3	半角	
82	申請年月日-月	SNS_MM	英数字	2	半角	
83	申請年月日-月（文言）	SNS_MM_KJ	英数字	3	半角	
84	申請年月日-日	SNS_DD	英数字	2	半角	
85	申請年月日-日（文言）	SNS_DD_KJ	英数字	3	半角	
86	決定年月日	KTI_YMD_D1	英数字	8	半角	
87	決定年月日-元号	KTI_GNGO	英数字	6	半角	
88	決定年月日-年	KTI_YY	英数字	2	半角	
89	決定年月日-年（文言）	KTI_YY_KJ	英数字	3	半角	
90	決定年月日-月	KTI_MM	英数字	2	半角	
91	決定年月日-月（文言）	KTI_MM_KJ	英数字	3	半角	
92	決定年月日-日	KTI_DD	英数字	2	半角	
93	決定年月日-日（文言）	KTI_DD_KJ	英数字	3	半角	
94	データ有無	KEK_UM	英数字	1	半角	№94～108反復回数:10
95	対象フラグ（期中）	TISO_FLG_KCU	文字列	1	全角	対象の場合、‘＊’（対象）を設定
96	対象フラグ（老福）	TISO_FLG_ROHK	文字列	1	全角	対象の場合、‘○’（対象）を設定
97	仮算定被保険者氏名	KR_HHS_SHMKJ	文字列	40	全角	
98	医療負担額	IRYFTN_GK	数値	13	半角	
99	医療支給額	IRYSKY_GK	数値	13	半角	
100	介護負担額	KGFTN_GK	数値	13	半角	
101	介護支給額	KGSKY_GK	数値	13	半角	
102	後期資格の保険者番号	KUK_SKK_HKNS_NO	英数字	8	半角	
103	後期資格の被保険者番号	KUK_SKK_HHS_BNG	英数字	8	半角	
104	介護資格の保険者番号	KGSK_SYKS_HKNS_NO	英数字	6	半角	
105	介護資格の被保険者番号	KGSK_SYKS_HHS_BNG	英数字	10	半角	
106	死亡区分（個人）	SBO_KBN_KJN	英数字	1	半角	
107	計算支給区分コード	KISN_SKY_KBN_CD	英数字	1	半角	
108	被保険者給付喪失年月日	HHS_KF_SST_YMD	英数字	8	半角	
244	医療負担額合計	IRYFTN_GK_GKI	数値	13	半角	
245	医療支給額合計	IRYSKY_GK_GKI	数値	13	半角	
246	介護負担額合計	KGFTN_GK_GKI	数値	13	半角	

No.	日本語名称	項目名	属性	桁数	全/半	設定内容
247	介護支給額合計	KGSKY_GK_GKI	数値	13	半角	
248	自己負担額の合計額	JKFTNGK_GK	数値	13	半角	
249	基準額	SNTKJN_GK	数値	13	半角	
250	支給額の合計額	SKYGK_GK	数値	13	半角	
251	文言１－１	MNGN1_1	文字列	55	全角	
252	文言１－２	MNGN1_2	文字列	55	全角	
253	文言２－１	MNGN2_1	文字列	55	全角	
254	文言２－２	MNGN2_2	文字列	55	全角	
255	広域連合名	KUIK_RNG_NM_KJ	文字列	4	全角	
256	基準日現在保険者番号	KJN_HKNS_NO	英数字	8	半角	
257	問い合わせ先名左	TIAWSSK_NM_L	文字列	16	全角	
258	組織名左	TIAWSSK_SSK_NM_L	文字列	20	全角	
259	組織名左２	TIAWSSK_SSK_NM_L2	文字列	30	全角	
260	郵便番号左	TIAWSSK_ZIPCD_L	英数字	7	半角	
261	郵便番号左（編集形式）	TIAWSSK_ZIPCD_Z_L	文字列	9	全角	
262	住所１左	TIAWSSK_AD_KJ1_L	文字列	20	全角	
263	住所２左	TIAWSSK_AD_KJ2_L	文字列	20	全角	
264	連絡先左	TIAWSSK_TEL_NO_L	英数字	16	半角	
265	問い合わせ先名右	TIAWSSK_NM_R	文字列	16	全角	
266	組織名右	TIAWSSK_SSK_NM_R	文字列	20	全角	
267	組織名右２	TIAWSSK_SSK_NM_R2	文字列	30	全角	
268	郵便番号右	TIAWSSK_ZIPCD_R	英数字	7	半角	
269	郵便番号右（編集形式）	TIAWSSK_ZIPCD_Z_R	文字列	9	全角	
270	住所１右	TIAWSSK_AD_KJ1_R	文字列	20	全角	
271	住所２右	TIAWSSK_AD_KJ2_R	文字列	20	全角	
272	連絡先右	TIAWSSK_TEL_NO_R	英数字	16	半角	
273	申請形態コード	SNSI_KTAI_CD	英数字	1	半角	
274	ページ	SNT_PAGE	数値	2	半角	
275	全ページ	SNT_ZN_PAGE	数値	2	半角	
276	死亡区分コード	SBO_KBN_CD	英数字	1	半角	
277	予備	YB	英数字	88	半角	広域連合から発送する場合：１
278	死亡者FLG	死亡者FLG	数値	1	半角	計算基準日(R08/7/31)以後に死亡した被保険者がいる場合：１
279	複数世帯（後期）FLG	複数世帯（後期）FLG	数値	1	半角	計算基準日(R08/7/31)に単身世帯（後期）以外の場合：１
280	納品通知番号	納品通知番号	英数字	7	半角	頭に#をつける。有効桁数に満たない場合は「０」埋めする。（例：#000001）

高額介護合算療養費申請書マスタ情報仕様書

高額介護合算療養費申請書マスタ情報の詳細
　データ形式：ＣＳＶ形式
　ファイル名：高額介護合算療養費申請書データ_印刷用.csv
　データ：次の表のとおり

No.	項目名	属性	桁数	全/半	設定内容
1	後期保険者番号	文字列	8	全	
2	被保険者氏名(漢字)	文字列	14	全	
3	被保険者氏名(カナ)	文字列	14	全	
4	性別 FLG	文字列	1	半	男：１　女：２　その他：３
5	生年月日	文字列	11	全	和暦変換
6	後期被保険者番号	文字列	8	全	後期被保険者番号を設定。有効桁数に満たない場合は、「０」埋めする。(例：00000001)
7	地方公共団体 CD	文字列	6	半	
8	個人区分 CD	文字列	1	半	
9	宛名番号	文字列	16	半	
10	世帯番号	文字列	16	半	
11	個人区分 CD （１人目）	文字列	1	半	
12	宛名番号（１人目）	文字列	16	半	
13	２人目以降 FLG	数値	1	半	２人目以降の被保険者：１
14	１人目 FG	数値	1	半	１人目の被保険者：１
15	後期被保険者番号 （１人目）	文字列	8	全	後期被保険者番号を設定。有効桁数に満たない場合は、「０」埋めする。(例：00000001)
16	介護保険者番号	文字列	6	全	
17	介護被保険者番号	文字列	10	全	介護被保険者番号を設定。有効桁数に満たない場合は、「０」埋めする。(例：0000000001)
18	介護保険者名	文字列	20	全	
19	優先作業対象者 FLG	数値	1	半	市町村の希望により納品の順を早める被保険者：１
20	複数世帯（後期）FLG	数値	1	半	計算基準日（令和８年７月３１日）に単身世帯（後期）以外の被保険者：１
21	広域内異動者（以前）FLG	数値	1	半	計算基準日（令和８年７月３１日）以前に広域内異動した被保険者：１
22	資格取得者 FLG	数値	1	半	計算基準日（令和８年７月３１日）以前に資格取得した被保険者：１
23	精算対象者 FLG	数値	1	半	資格喪失日が令和７年８月２日から令和８年７月３１日であり、かつ資格喪失事由が死亡、生活保護開始、出国に該当する被保険者：１

24	住所地特例（後期）FLG	数値	1	半	計算期間中（令和７年８月１日から令和８年７月３１日）に後期高齢者医療制度での住所地特例に該当している被保険者：１
25	後期加入期間（始）	文字列	11	全	和暦変換
26	後期加入期間（終）	文字列	11	全	和暦変換
27	介護加入期間（始）	文字列	11	全	和暦変換
28	介護加入期間（終）	文字列	11	全	和暦変換
29	納品通知番号	英数字	7	半	頭に#をつける。有効桁数に満たない場合は、「0」埋めする。（例：#000001）
30	順番	数値	1	半	申請書の枚数に対する順番を指定。
31	既存申請フラグ	文字列	1	半	平成２９年１月以降２回目以上の申請に該当した被保険者：1
32	死亡者 FLG	数値	1	半	抽出時点で死亡している被保険者：１

３２ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ

ＮＮＮＮＮＮＮＮ

保険者	８ＸＸＸＸＸＸＸ
	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ

問い合わせ番号　８ＸＸＸＸＸＸＸ

８ＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２５ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ

カスタマーバーコード

ＮＮＮＮＮＮＮ

２５ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２５ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２５ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ

見本

高額介護合算療養費等の支給申請について（お知らせ）

あなたの世帯の後期高齢者医療制度の被保険者のうち、下記の方が高額医療・高額介護合算制度の支給対象となっていますのでお知らせします。

支給を受けるためには申請が必要ですので、同封の申請書に必要事項を記入の上、下記の市区町村の医療保険窓口に申請してください。

計算対象期間	ＮＮＮＮＮＮＮＮ～ＮＮＮＮＮＮＮＮ

被保険者氏名	医療負担額	医療支給額	介護負担額	介護支給額
１０ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
１０ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
１０ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
１０ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
１０ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
計	①　１０ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	②　１０ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	③　１０ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	④　１０ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

自己負担額の合計（①＋③）		基準額		支給額の合計（見込）（②＋④）
１４ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ	－	１４ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ	＝	１４ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ

※　「支給額の合計(見込)」は、通知作成時点（令和９年２月）における、医療保険及び介護保険からの世帯員全員分の支給見込額の合計です。
（実際の支給は、医療・介護それぞれの保険者から、個人ごとに行われます。）

※　「基準額」が「190,000円」となっている方や、計算対象期間に資格を喪失された方と同一の世帯にいた方は、支給額の再計算の結果、実際の支給額が異なる場合や支給されない場合があります。

※　医療支給額は、この通知を受け取りになってから２年を経過すると時効により申請ができなくなりますので、ご注意ください。介護支給額の時効は市町村により異なりますので、お住まいの市町村の介護保険担当課にお問い合わせください。

５５ＸＸＸ
５５ＸＸＸ

５５ＸＸＸ
５５ＸＸＸ

◆ 問い合わせ先　（申請書提出先）
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２５ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
８ＸＸＸＸＸＸＸＸ
住　所　２０ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
２０ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
電話番号　１６ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ

千葉県後期高齢者医療広域連合　給付管理課
〒　２６３－００１６
住　所 千葉県千葉市稲毛区天台６丁目４番３号
国保会館内
電話番号　０４３－２１６－５０１３

6
7
8
9
10
11

12
ご家族△様

13(カスタマーバーコードに変換して出力)
280

3	
	54
保険者	33
	34

問い合わせ番号　2

21
23

高額介護合算療養費等の支給申請について(お知らせ)

あなたの世帯の後期高齢者医療制度の被保険者のうち、下記の方が高額医療・高額介護合算制度の支給対象となっていますのでお知らせします。
支給を受けるためには申請が必要ですので、同封の申請書に必要事項を記入の上、下記の市区町村の医療保険窓口に申請してください。

計算対象期間	令和	64	年	66	月	～	令和	72	年	74	月

被保険者氏名	医療負担額	医療支給額	介護負担額	介護支給額
97	98	99	100	101
112	113	114	115	116
127	128	129	130	131
142	143	144	145	146
157	158	159	160	161
計	244	245	246	247

自己負担額の合計(①+③)		基準額		支給額の合計(見込)(②+④)
248	－	249	＝	250

※「支給額の合計(見込)」は、通知作成時点(令和9年2月)における、医療保険及び介護保険からの世帯員全員分の支給見込額の合計です。
(実際の支給は、医療・介護それぞれの保険者から、個人ごとに行われます。)

※「基準額」が「190,000円」となっている方や、計算対象期間に資格を喪失された方と同一の世帯にいた方は、支給額の再計算の結果、実際の支給額が異なる場合や支給されない場合があります。

※ 医療支給額は、この通知を受け取りになってから2年を経過すると時効により申請ができなくなりますので、ご注意ください。介護支給額の時効は市町村により異なりますので、お住まいの市町村の介護保険担当課にお問い合わせください。

251
252
253
254

◆問い合わせ先	(申請書提出先)
258	
259	
〒	261
住所	262
	263
電話番号	264

千葉県後期高齢者医療広域連合	給付管理課
〒	263-0016
住所	千葉県千葉市稲毛区天台6丁目4番3号
	国保会館内
電話番号	043-216-5013

別紙2

３２ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ

ＮＮＮＮＮＮＮＮ

保険者	８ＸＸＸＸＸＸＸ
	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ

問い合わせ番号　８ＸＸＸＸＸＸＸ

８ＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２５ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ

カスタマーバーコード

ＮＮＮＮＮＮＮ

２５ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２５ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２５ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ

千葉県後期高齢者医療広域連合長印　見本

高額介護合算療養費等の支給申請について（お知らせ）

あなたの世帯の後期高齢者医療制度の被保険者のうち、下記の方が高額医療・高額介護合算制度の支給対象となっていますのでお知らせします。

支給を受けるためには申請が必要ですので、同封の申請書に必要事項を記入の上、下記の市区町村の医療保険窓口に申請してください。

計算対象期間	ＮＮＮＮＮＮＮＮ～ＮＮＮＮＮＮＮＮ
基準日	ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

支給対象者	医療負担額①	医療支給額②	介護負担額③	介護支給額④
１０ＮＮＮＮＮＮＮＮ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸ
１０ＮＮＮＮＮＮＮＮ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸ
１０ＮＮＮＮＮＮＮＮ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸ	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸ

※　医療・介護それぞれの保険者から上の支給額（②および④）が支給されます。
なお、支給額は通知作成時点（令和９年２月）における見込額になります。

（世帯基準超過額等の算出方法について）

世帯負担額（１）		基準額（２）		基準超過額（３）
１４ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ	－	１４ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ	＝	１４ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ

※　世帯負担額とは、基準日における支給対象者の世帯で後期高齢者医療保険に加入されているすべての方の計算期間中の医療および介護負担額の合計になります。

※　医療支給額および介護支給額は、それぞれ「基準超過額×各負担額／世帯負担額」で算出されます。

※　「基準額（2）」が「190,000円」となっている方や、計算対象期間に資格を喪失された方と同一の世帯にいた方は、支給額の再計算の結果、実際の支給額が異なる場合や支給されない場合があります。

※　医療支給額は、この通知を受け取りになってから２年を経過すると時効により申請ができなくなりますので、ご注意ください。介護支給額の時効は市町村により異なりますので、お住まいの市町村の介護保険担当課にお問い合わせください。

◆ 問い合わせ先　（申請書提出先）
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２５ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
８ＸＸＸＸＸＸＸＸ
住　　所　２０ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
２０ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
電話番号　１６ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ

千葉県後期高齢者医療広域連合　給付管理課
〒　２６３－００１６
住　　所　千葉県千葉市稲毛区天台６丁目４番３号
国保会館内
電話番号　０４３－２１６－５０１３

3
54
保険者 33
34

6
7
8
9
10
11

問い合わせ番号　2

12
ご家族△様

13(カスタマーバーコードに変換して出力)
280

21
23

高額介護合算療養費等の支給申請について(お知らせ)

あなたの世帯の後期高齢者医療制度の被保険者のうち、下記の方が高額医療・高額介護合算制度の支給対象となっていますのでお知らせします。
支給を受けるためには申請が必要ですので、同封の申請書に必要事項を記入の上、下記の市区町村の医療保険窓口に申請してください。

計算対象期間	令和	64	年	66	月	～	令和	72	年	74	月

基準日	36

支給対象者	医療負担額①	医療支給額②	介護負担額③	介護支給額④
＊のある対象者	(この欄には、対象フラグ(期中)に該当する被保険者1人目のデータを印字すること)			
＊のある対象者	(この欄には、対象フラグ(期中)に該当する被保険者のデータに2人目があれば印字する)			
＊のある対象者	(この欄には、対象フラグ(期中)に該当する被保険者のデータに3人目があれば印字する)			

※ 医療・介護それぞれの保険者から上記の支給額(②および④)が支給されます。
なお、支給額は通知作成時点(令和9年2月)における見込額になります。

※	251
	252

(世帯基準超過額等の算出方法について)

世帯負担額(1)		基準額(2)		基準超過額(3)
248	－	249	＝	250

※ 世帯負担額とは、基準日における支給対象者の世帯で後期高齢者医療保険に加入されているすべての方の計算期間中の医療および介護負担額の合計になります。

※ 医療支給額および介護支給額は、それぞれ「基準超過額×各負担額／世帯負担額」で算出されます。

※ 「基準額(2)」が「190,000円」となっている方や、計算対象期間に資格を喪失された方と同一の世帯にいた方は、支給額の再計算の結果、実際の支給額が異なる場合や支給されない場合があります。

※ 医療支給額は、この通知を受け取りになってから2年を経過すると時効により申請ができなくなりますので、ご注意ください。介護支給額の時効は市町村により異なりますので、お住まいの市町村の介護保険担当課にお問い合わせください。

◆問い合わせ先	(申請書提出先)
258	
259	
〒	261
住所	262
	263
電話番号	264

千葉県後期高齢者医療広域連合	給付管理課
〒	263-0016
住所	千葉県千葉市稲毛区天台6丁目4番3号
	国保会館内
電話番号	043-216-5013

別紙３
（表面）

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7年度	申請区分	１．新規	~~２．変更~~	~~３．取下げ~~	（保険者等記入欄）	支給申請書整理番号	50639120001

申請形態	1．計算期間末日以降申請（期間中死亡・生保適用・海外移住者なし）	2．計算期間末日以降申請（期間中死亡者あり）	3．計算期間末日以降申請（期間中生保適用・海外移住者あり）	4．死亡・海外移住等計算期間中申請

フリガナ	１４ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	生年月日	１１ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	計算期間の始期及び終期	
氏　名	１４ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ				

国民健康保険資格情報

保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	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		

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
８ＮＮＮＮＮＮＮ	８ＮＮＮＮＮＮＮ	**千葉県後期高齢者医療広域連合**	１１ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ　～１１ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

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
６ＮＮＮＮＮ	１０ＮＮＮＮＮＮＮＮ	２０ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	１１ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ　～１１ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

支給方法	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	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	口座名義人（カタカナでご記入下さい）	口座管理番号
口座振込						１普通預金 ２当座預金 ９その他			

希望する場合は、チェック（✔）してください。	□　公金受取口座を利用します。（**ご自身で公金受取口座をマイナポータルで登録済みの方に限ります**。利用する場合は上記の口座情報の記入は不要です。） □　高額介護合算療養費等の支給申請の簡素化を希望します。 ※今後、簡素化の運用が開始され次第、申請が不要となります。（ただし、世帯構成の変更がないなど、一定の条件を満たした方に限ります。）

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	個人番号
	1				
	2				＊

（あて先）　　市区町村長
（あて先）千葉県後期高齢者医療広域連合長

備考欄	８ＮＮＮＮＮＮＮ

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。
②上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも○で囲んで下さい。
※本申請書をもって、加入歴のある他の保険者に対しても、支給を申請します。

あみかけ部分に記入してください。

		年　月　日
申請者	郵便番号	ー
	住所	
	フリガナ 氏名	
	電話番号	

㊟この申請書は各市区町村に提出してください。

○被保険者または相続人代表者以外の方が申請または受領を行う場合、裏面の委任状も併せて記入してください。

X/X

（裏面）

委　任　状

（あて先）　　市区町村長
（あて先）千葉県後期高齢者医療広域連合長

私（被保険者または相続人代表者）は、下記の者を代理人と定め、高額介護合算療養費並びに高額医療合算介護（予防）サービス費に関する以下の該当する事項について、必要な権限の全てを委任します。

次の□のうち、該当する項目に✓を入れてください。

□　１．申請に関すること
□　２．受領に関すること

年　　月　　日

被保険者
（相続人代表者）

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（後期高齢者医療被保険者番号＿＿＿＿＿＿＿＿）

（介護保険被保険者番号＿＿＿＿＿＿＿＿）

代 理 人

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（表面）

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7年度	申請区分	1．新規	~~2．変更~~	~~3．取下げ~~	（保険者等記入欄）	支給申請書整理番号	50639120001

申請形態	1．計算期間末日以降申請（期間中死亡・生保適用・海外移住者なし）	2．計算期間末日以降申請（期間中死亡者あり）	3．計算期間末日以降申請（期間中生保適用・海外移住者あり）	4．死亡・海外移住等計算期間中申請

フリガナ	１４ＮＮＮ3ＮＮＮＮＮＮＮ	生年月日	１１ＮＮ5ＮＮＮＮＮ	計算期間の始期及び終期	
氏　　名	１４ＮＮＮ2ＮＮＮＮＮＮＮ				

国民健康保険資格情報

保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	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		

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
1 ８ＮＮＮＮＮＮＮＮ	6 ８ＮＮＮＮＮＮＮＮ	千葉県後期高齢者医療広域連合	25 １１ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ ～ 26 １１ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

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
16 ６ＮＮＮＮＮＮ	17 １０ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	18 ２０ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ	27 １１ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ ～ 28 １１ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ

支給方法	振込口座記入欄	銀　行 信用金庫 信用組合 協同組合	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	口座名義人（カタカナでご記入下さい）	口座管理番号
口座振込						1 普通預金 2 当座預金 9 その他			

希望する場合は、チェック（✔）してください。

□　公金受取口座を利用します。（ご自身で公金受取口座をマイナポータルで登録済みの方に限ります。利用する場合は上記の口座情報の記入は不要です。）

□　高額介護合算療養費等の支給申請の簡素化を希望します。

※今後、簡素化の運用が開始され次第、申請が不要となります。（ただし、世帯構成の変更がないなど、一定の条件を満たした方に限ります。）

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	個人番号
1				31 N
2				

（あて先）　　市区町村長

（あて先）千葉県後期高齢者医療広域連合長

備考欄	32 N	19 N	20 N	21 N	22 N	23 N	24 N

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。

②上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも○で囲んで下さい。

※本申請書をもって、加入歴のある他の保険者に対しても、支給を申請します。

あみかけ部分に記入してください。

申請者	年　月　日
	郵便番号　－
	住所
	フリガナ 氏名
	電

㊟この申

○被保険者または相続人代表者以外の方が申請または受領を行う場合

30[分子]／
CSV上の29の配置数(=**申請書の**総枚数)[分母]

X/X

（裏面）

委　任　状

（あて先）　　市区町村長
（あて先）千葉県後期高齢者医療広域連合長

私（被保険者または相続人代表者）は、下記の者を代理人と定め、高額介護合算療養費並びに高額医療合算介護（予防）サービス費に関する以下の該当する事項について、必要な権限の全てを委任します。

次の□のうち、該当する項目に✓を入れてください。

□　１．申請に関すること
□　２．受領に関すること

年　　月　　日

被保険者
（相続人代表者）

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（後期高齢者医療被保険者番号＿＿＿＿＿＿＿＿）

（介護保険被保険者番号　＿＿＿＿＿＿＿＿）

代 理 人

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

別紙４

《高額医療・高額介護合算制度のご案内》

高額医療・高額介護合算制度とは、医療保険及び介護保険の自己負担額がある医療保険上の同一世帯の被保険者において、１年間（令和７年８月１日から令和８年７月３１日）の医療保険及び介護保険の自己負担額（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た額を除いた額）の合計を合算し、基準日（令和８年７月３１日または資格喪失日の前日）時点の所得区分の自己負担限度額を超えた額について、申請に基づき、高額介護合算療養費を支給するものです。

【(参考) 自己負担限度額表】

自己負担割合	所得区分	自己負担限度額 (医療保険＋介護保険)
３割	現役並み所得者Ⅲ（注１）	２１２万円
	現役並み所得者Ⅱ（注２）	１４１万円
	現役並み所得者Ⅰ（注３）	６７万円
２割	一　般Ⅱ	５６万円
１割	一　般Ⅰ（注４）	
	区分Ⅱ（注５）	３１万円
	区分Ⅰ（注６）	１９万円

（注１）市町村民税課税所得（課税標準額）が６９０万円以上の方、およびその方と同一世帯の方

（注２）市町村民税課税所得（課税標準額）が３８０万円以上６９０万円未満の方、およびその方と同一世帯の方

（注３）負担割合が３割で現役並み所得者Ⅱ、Ⅲに該当しない方　（注４）負担割合が１割で住民税が課税されている世帯の方

（注５）世帯全員が市町村民税非課税で区分Ⅰ以外の方

（注６）世帯全員が市町村民税非課税であり、その世帯全員の個々の所得（年金収入は控除額を 80.67 万円として計算）が０円となる方

【 支 給 額 の お 振 込 み に つ い て 】

○ご申請いただいてから、お振込みまでに３～４か月前後かかります。

○支給日が近づきましたら、支給日及び支給額について、支給決定通知を郵送してお知らせします。

医療支給額分の支給決定通知は、後期高齢者医療広域連合から、被保険者本人の住民票の住所あてに送付します。ただし、市町村役場へ後期高齢者医療制度の送付先の変更に関する届出を行っている場合は、変更後の宛先に送付されます。介護支給額分の支給については、別途、加入している介護保険者よりお知らせします。

○支給額は、２か所以上の各保険者より別々に振り込まれます。

- 支給額のうち、**医療支給額 については、後期高齢者医療広域連合から、介護支給額 については、別途、介護保険者（お住まいの市町村等）から振り込まれます。**
- 今回お知らせした支給額は、通知作成時点（令和９年２月）の見込額のため、申請に基づき再計算を行った結果、異なる支給額となる場合があります。また、再計算の結果、支給額が５００円を下回る場合は、支給されません。

【 申 請 手 続 き の 簡 素 化 に つ い て 】

現在、高額介護合算療養費は、毎年の申請に基づき支給を行っています。今後、簡素化の運用が開始され次第、申請の簡素化を希望される方で、かつ、世帯構成の変更がないなど、簡素化の対象となる一定の条件を満たした方については、申請が不要となります。

※簡素化の運用開始後も、簡素化の対象とならない方は、従来どおり申請書の提出が必要です。

【 申 請 に 必 要 な も の 】

（１）申請書：同封の記入例を参照のうえ、必要事項を記入してください。

（２）添付書類：下記の(a)～(g)に該当する場合は、追加の添付書類が必要です。

<table>
<tr><th>内容</th><th colspan="2">添付書類</th></tr>
<tr><td>(a)被保険者本人が、代理人による申請もしくは代理人名義の口座への振込みを希望する場合</td><td colspan="2">・委任状（申請書裏面をご記入ください）</td></tr>
<tr><td>(b)被保険者に代わり、成年後見人が申請する場合</td><td colspan="2">・成年後見人であることを証する書類（登記事項証明書等、写し可）</td></tr>
<tr><td>(c)被保険者の死亡により、配偶者や子等の法定相続人が相続人代表者として申請する場合</td><td rowspan="2">・申立書
※(c)（d)共通</td><td>・代襲相続人（被保険者の孫・甥・姪）が申請する場合は、申立書及び相続人であることが確認できる戸籍謄本・公正証書遺言等の書類の写し</td></tr>
<tr><td>(d)被保険者の死亡により、法定相続人以外の方が申請される場合</td><td>・相続人であることが確認できる公正証書遺言等の書類の写し</td></tr>
<tr><td>(e)令和７年８月２日から令和８年７月３１日の期間に医療保険者が変更となった場合</td><td colspan="2">・変更前の医療保険者（被用者保険、国民健康保険等）が発行する自己負担額証明書</td></tr>
<tr><td>(f)令和７年８月２日から令和８年７月３１日の期間に、転居等により介護保険者（市町村）が変更となった場合</td><td colspan="2">・変更前の介護保険者が発行する自己負担額証明書</td></tr>
<tr><td>(g)令和７年８月２日から令和８年７月３１日の期間に千葉県外から転入された場合</td><td colspan="2">・転入前の医療保険者および介護保険者が発行する自己負担額証明書</td></tr>
</table>

◆申請日時点で被保険者がお亡くなりになられている場合は「申立書」の添付が必要です

被保険者がお亡くなりになった時期によっては申立書が同封されていないことがあります。申立書が同封されていない場合は、お住まいの市区町村にお問い合わせください。

※千葉県後期高齢者医療広域連合のホームページから申立書をダウンロードすることもできます。

（掲載先：トップページ＞医療費が高額になったとき＞高額医療・高額介護合算療養費）

◆申請後に被保険者がお亡くなりになった等により、受領予定であった銀行口座が利用できなくなった場合は、お手数ですが申請書を提出した市区町村へお問い合わせください。

・記載内容に不備、添付書類不足がないか確認の上、**お住まいの市区町村の後期高齢者医療担当課**に提出してください（郵送可）。

・申請には、時効があります。

医療支給額については、このご案内をお受け取りになってから２年を経過すると、時効により申請できなくなりますのでご注意ください。介護支給額については、時効は市町村によって異なります。詳しくは、介護保険担当課にお問い合わせください。

別紙５

申　立　書

年　　月　　日

（あて先）　　市区町村長

（あて先）千葉県後期高齢者医療広域連合長

申　立　者
（相続人代表者）

郵便番号　　－

住　　所

氏　　名　　㊞

電話番号

被相続人からみた続柄

私は、下記被相続人の相続人代表者として、高額介護合算療養費並びに高額医療合算介護（予防）サービス費の受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人に対しましては、私（申立者）が責任を持って異議のないように処置いたします。

被保険者 （被相続人）	後期高齢者医療 被保険者番号	
	介護保険 被保険者番号	
	住　　所	
	氏　　名	
	死亡年月日	年　　月　　日

※　申立者以外の方が申請を行う場合や振込先として申立者以外の方をご希望の場合、申請書裏面の委任状にも併せてご記入ください。

※　申請書と併せてご提出をお願いします。

※　裏面の記入例を参考に必要事項をご記入ください。

別紙５

記入例

申　立　書

〇〇年〇〇月〇〇日

（あて先）　　〇〇〇　　市区町村長
（あて先）千葉県後期高齢者医療広域連合長

申　立　者
（相続人代表者）

郵便番号　〇〇〇－〇〇〇〇
住　　所　〇〇〇市（区町村）〇〇〇
氏　　名　後　期　一　郎　　㊞
電話番号　℡〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇
被相続人からみた続柄　子

※申立者は民法で定める法定相続人が対象となります（一部例外を除く）。

私は、下記被相続人の相続人代表者として、高額介護合算療養費並びに高額医療合算介護（予防）サービス費の受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人に対しましては、私（申立者）が責任を持って異議のないように処置いたします。

お亡くなりになられた方について、ご記入ください。

被保険者（被相続人）

後期高齢者医療被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
介護保険被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
住　　所	〇〇〇市（区町村）〇〇〇
氏　　名	後　期　　太　郎
死亡年月日	〇〇　年　〇〇　月　〇〇　日

申請書表面中段に記載されています。

※　受領先として申立者名義の口座を申請書振込口座記入欄にご記入ください。被保険者ご本人の口座は指定できませんので、ご了承ください。

【記入例】　　（表面）　別紙６

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		申請区分	１．新規	~~２．変更~~	~~３．取下げ~~	（保険者等記入欄）	支給申請書整理番号	

申請形態	1．計算期間末日以降申請（期間十死亡・生保適用・海外移住者なし）	2．計算期間末日以降申請（期間十死亡者あり）	3．計算期間末日以降申請（期間十生保適用・海外移住者
フリガナ	コウキ　タロウ	生年月日	昭和１１年　１　月　１　日
氏　名	後期　太郎		

計算期

氏名、生年月日をご確認ください。

国民健康保険資格情報

保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	続柄	保険者名称
			1. 世　帯　主 2. 擬制世帯主 3. 世　帯　員	

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
3912XXXX	01234567	千葉県後期高齢者医療広域連合

介護保険資格情報

保険者番号	被保険者番号	保険者名称
12XXXX	0987654321	広域市

振込口座記入欄について

・金融機関名、店名（**ゆうちょ銀行の場合は数字３桁**）、預金種目、口座番号が必要です。通帳またはキャッシュカードなどでご確認のうえ、ご記入ください。
・口座名義人はカタカナでご記入ください。
・被保険者本人が、代理人名義の口座に振り込みを希望する場合、裏面の委任状に記入が必要です。
・被保険者本人の死亡により、相続人代表者が申請する場合は、相続人代表者の口座を記入の上、申立書の提出をお願いします。

支給方法	振込口座記入欄	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	口座名義人（カタカナでご記入下さい）	口座管理番号
口座振込	ゆうちょ（銀行／信用金庫／信用組合／協同組合）	○五八（本店／支店／出張所）		1 普通預金 2 当座預金 9 その他	0 1 2 2 3 3 1	コウキ　タロウ	

希望する場合は、チェック（✔）してください。

□　公金受取口座を利用します。（ご自身で公金受取口座をマイナポータルで登録済みの方に限ります。利用する場合は上記の口座情報の記入は不要です。）
□　高額介護合算療養費等の支給申請の簡素化を希望します。
※　簡素化の運用が開始され次第、申請が不要となります（ただし、世帯構成の変更がないなど、一定の条件を満たした方に限ります。）

自己負担額証明書整理番号	個人番号
	＊

□　チェック欄ついて

・「公金受取口座」とは、預貯金口座の情報をマイナンバーとともに事前に国（デジタル庁）に登録しておく口座です。そのため、**公的年金の受取口座とは異なる場合があります。**速やかな支給を行うため、ご自身の登録状況の把握が困難な場合はチェックをせず、振込口座記入欄に金融機関名等をご記入ください。また、公金受取口座の利用は、受取人が被保険者ご本人の場合に限ります。
・「支給申請の簡素化」希望欄が新設されました。運用開始後、対象となる条件を満たした場合、申請手続きを省略することを希望する場合は、チェックを入れてください。

令和 ● 年 ○ 月 × 日	
郵便番号	２６３－００１６
住所	千葉市稲毛区天台６－４－３
フリガナ 氏名	コウキ　タロウ 後期　太郎
電話番号	０４３－２１６－５０１３

申請者

※
※

申請者欄について

・申請日、郵便番号、住所、申請者氏名、電話番号を記入してください。
・被保険者本人が代理人による申請を希望する場合、裏面の委任状に記入が必要です。
・被保険者の死亡により相続人代表者が申請する場合は、相続人代表者名を記入してください。

の申請書は各市区町村に提出してください。
う場合、裏面の委任状も併せて記入してください。

【記入例】

（裏面）

委　任　状

（あて先）　　市区町村長
（あて先）千葉県後期高齢者医療広域連合長

私（被保険者または相続人代表者）
費並びに高額医療合算介護（予防）
必要な権限の全てを委任します。

次の□のうち、該当する項目に✓を入れてください。

☑ １．申請に関すること
☑ ２．受領に関すること

令和 ● 年 ○ 月 × 日

被保険者
（相続人代表者）
住　所　千葉市稲毛区天台６－４－３
氏　名　後期　太郎　㊞
（後期高齢者医療被保険者番号　０１２３４５６７　）
（介護保険被保険者番号　０９８７６５４３２１　）

代理人
住　所　広域市広域町１－１０－１００
氏　名　後期　一郎
電話番号　１２３－４５６－７８９０

申請について委任を受けた方が申請する場合は １に、被保険者本人以外の方（代理人）の口座に振込を希望する場合は２に✔を入れてください。

申請日を記入してください。

被保険者本人の住所、氏名等を記入のうえ、朱肉を使う印で押印してください。

表面の申請書中段に記載されていますので、転記してください。

代理人の住所、氏名、電話番号を記入してください。
※代理人の押印は不要です。

委任状の記入が必要となるのは、下記の場合です。
①被保険者本人が代理人による申請または代理人名義への口座へ振込みを希望する場合
②被保険者の死亡により、別紙の申立書に記載の相続人代表者が申立者となるが、その相続人代表者以外の方が申請・受領する場合

※被保険者本人が申請・受領する場合（代筆の場合を含む）、相続人代表者・成年後見人等が申請・受領する場合は記入不要です。

窓空き封筒用帳票仕様書

１．窓空き封筒

⑴封筒サイズ

長形３号封筒（サイズ：縦120㎜×横235㎜）

⑵規格等

上質紙、連量70㎏程度、表１色、裏１色、橙色、透過防止加工

水のりまたは同等の加工

⑶窓

開始位置　上25㎜×左20㎜

※封筒は横長に使用し、左上を基点とする。

大きさ　縦60㎜×横100㎜

その他　窓の素材は紙とする。

２．封入物

⑴サイズ

宛名を記載した用紙は、縦297㎜×横210㎜の横書き印刷物とする。

⑵用紙の折り方

巻き三つ折り。なお、封入したときに、封筒上部との余裕が５㎜程度あること。

⑶宛名の表示

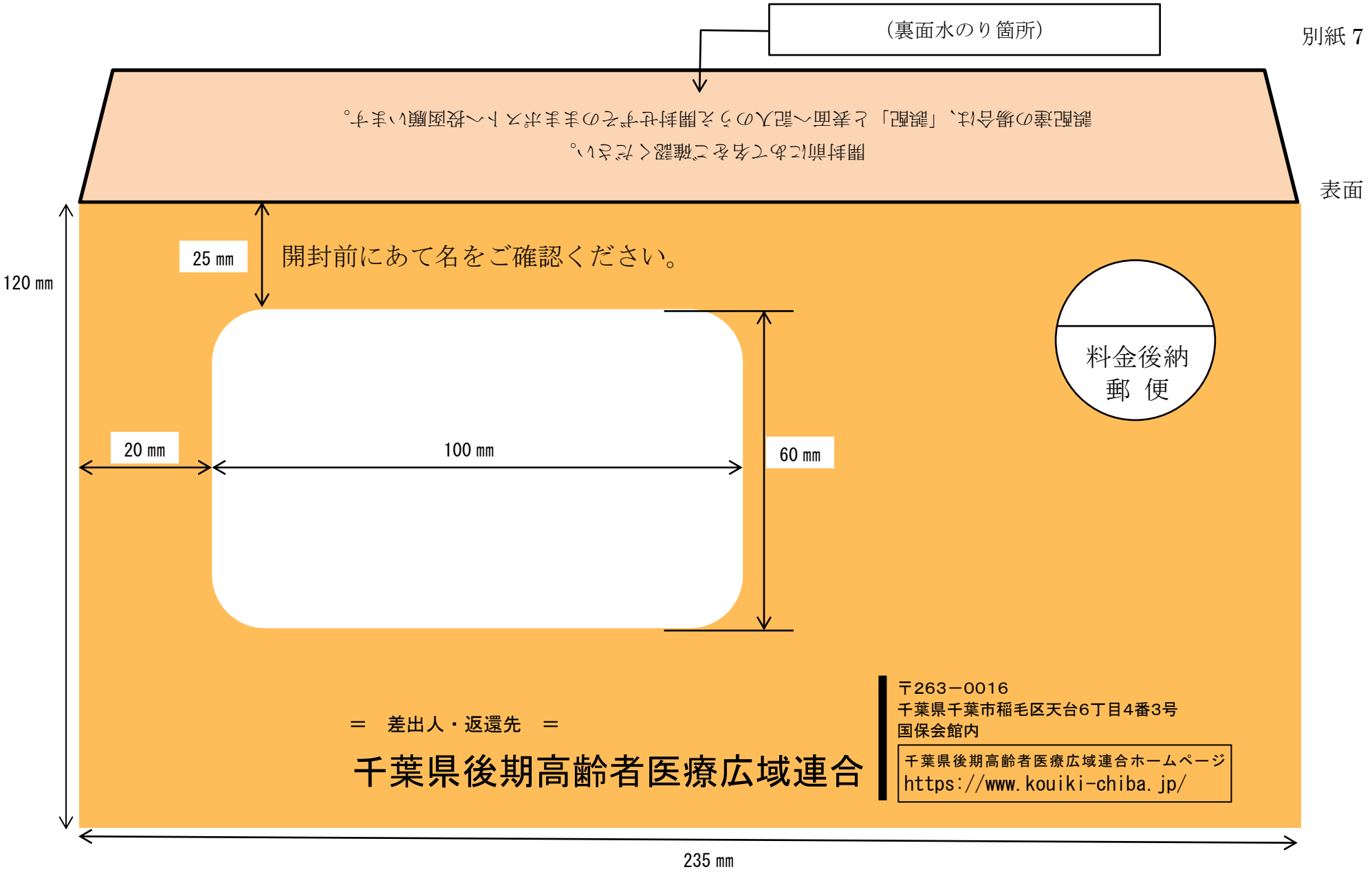
窓の上下左右端からの余白が５㎜程度あること。

以下余白

裏面

◎年に一度は健康診査を受診しましょう（無料です）
◎ジェネリック医薬品（後発医薬品）及びバイオシミラー（バイオ後発品）の使用促進にご協力を！

別紙７


（裏面水のり箇所）
誤配達の場合は、「誤配」と表面へ記入のうえ開封せずそのままポスト へ投函願います。
開封前にあて名をご確認ください。
表面
120 mm
25 mm
開封前にあて名をご確認ください。
料金後納
郵 便
20 mm
100 mm
60 mm
＝ 差出人・返還先 ＝
千葉県後期高齢者医療広域連合
〒263－0016
千葉県千葉市稲毛区天台6丁目4番3号
国保会館内
千葉県後期高齢者医療広域連合ホームページ
https://www.kouiki-chiba.jp/
235 mm