

# 仕 様 書

## 1. 契約内容

### 1-1 件名

高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費の支給申請について  
（お知らせ）封入封緘等業務

### 1-2 納入期限

令和8年2月6日（金）

### 1-3 委託業務内容及び件数

	作業名	件数
①	「高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費の支給申請について（お知らせ）」【別紙1】の印字（電算出力） A4片面 1色印字 POD上質プリント70kg	18,000件
②	「高額介護合算療養費等の支給対象者の皆様へ」【別紙2】の印刷 A4両面 4色カラーオフセット印刷 マットコート紙70kg	18,000件
③	「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／委任状」【別紙3】の印刷 A4両面 1色オフセット印刷 上質紙70kg	20,000件
④	「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【記入例】／委任状【記入例】」【別紙4】の印刷 A4両面 2色オフセット印刷 上質紙70kg	18,000件
⑤	「委任状／委任状【記入例】」【別紙5】の印刷 A4両面 2色オフセット印刷 上質紙70kg	3,000件
⑥	①、②、③、④、⑤の三つ折り業務	各件数
⑦	①、②、③、④の封入業務	15,000件
	①、②、③、④、⑤の封入業務	3,000件
⑧	⑦の封緘業務	18,000件

#### 1－4 引渡物

- (1) 1－3の①、②、③、④、⑤のデータ
- (2) 窓付き封筒

#### 1－5 納品物

- (1) 封入封緘された成果品
- (2) 封入封緘後に出た1－3の余剰印刷物および余剰窓付き封筒

#### 1－6 受託条件

- (1) 受託者は、個人情報の取扱いを行う印字作業について、財団法人日本情報経済社会推進協会の認定するプライバシーマーク認証など、個人情報保護や対策を目的とした公的機関の認定・認証等の資格に関する写しを契約までの間に提出することとする。
- (2) 受託者は、本委託業務の履行に当たっては、青森県後期高齢者医療広域連合条例及び本委託業務に係る法令を十分に遵守すること。
- (3) 受託者は、本委託業務の履行により知り得た委託業務の内容を一切第三者に漏らしてはならない。
- (4) 受託者は、委託者から提供を受けたデータ等については、契約期間終了まで厳重に保管し、業務の履行上不要となった時点で遅滞なく返還すること。
- (5) 受託者が、自ら作成したデータ等については、業務の履行上不要となった時点で、委託者の立会のもと、確実な方法をもって消去し、又は廃棄しなければならない。
- (6) 受託者は、本委託業務に関するデータ等を他の目的に使用してはならない。
- (7) データ等の收受は、青森県後期高齢者医療広域連合事務局（青森市新町二丁目4番1号県共同ビル1階）にて行うものとする。
- (8) 受託者は、個人情報保護に細心の注意を払うこととし、情報の漏えい等が発生した場合は、直ちに漏えい等を防止する措置を講じるとともに、直ちにその状況を報告し、委託者の指示を受けるものとする。

#### 1－7 その他

- (1) 受託者は、本仕様書に定めのない事項及び業務遂行上の疑義が生じた事項については、その都度、委託者と協議のうえ処理する。
- (2) 本委託業務は、数量については若干変動することがあるが、その場合の価格の見直しは行わないものとする。ただし、著しい変動がある場合においては、その都度、協議の上、価格の見直しを行うものとする。
- (3) 受託者は、本仕様書の内容及び本仕様書に明示のない項目について疑義があるときは、広域連合と協議の上、業務を遂行するものとする。
- (4) 製品作成について特許等がある場合は、受託者がその責任を負うこととする。
- (5) 受託者は、条例、規則、関係法令等を十分に遵守すること。
- (6) 納入期限より前にテスト品の納品を必要とし、不備があった場合は合格までテストを行うこととし、これに伴う費用は受託者が負担することとする。

## 2. 業務手順

### 2-1 委託者の提供するデータ形式

- (1) データの形式は、CSVファイル形式とする。(データレイアウトについては、【別添1】「データレイアウト」を参照)  
ア. 高額介護合算療養費勧奨通知データ  
※未登録外字及び桁あふれが生じる場合は、別途データ提供する。
- (2) 使用するフォントについては、「K A J O \_ J 入力システム後期高齢者医療広域連合電算処理システム対応版」に含まれるフォントとする。
- (3) 提供の際の文字コードは、次のとおりとする。  
ア. 半角英数文字・カナ・・・エンコードUTF-8  
イ. ひらがな・カナ・・・エンコードUTF-8  
ウ. 漢字(外字含む)・・・エンコードUTF-8  
※コード体系・・・UCS2のコード領域を使用し、住基ネット統一文字コードに準じた体系
- (4) 外字については、Windowsの標準外字とし、住基ネット統一文字コードに準じた体系(21,039文字)の範囲外となる外字について、私用領域(6,400文字)に対し当広域連合がコード化したものを使用する。
- (5) フォントデータの提供については、次のとおりとする。  
ア. 内字・・・住基ネット統一文字コードに準じた体系(21,039文字)については、受託者において入手する。  
イ. 外字・・・上記範囲外となる私用領域(6,400文字)については、委託者がコード化したものを提供する。
- (6) 出力の際の文字コードは、7、7.5、8、9、10、13ポイントのゴシック体及び明朝体(JEF基本辞書)を使用する。
- (7) 提供の際の媒体については、CD-Rに格納し、提供する。  
ア. 媒体・・・700MB  
イ. 媒体フォーマット・・・Joliet  
ウ. ボリューム名・・・任意
- (8) フィールド区切り記号(、:カンマ)、テキスト区切り文字(” :ダブルコーテーション)を用いたデータ構造とする。

1 レコード目(データレコード)

(例)

“ATNM\_ZIP\_CS”, “ATN\_AD1\_KJ”, “ATN\_SHM\_KJ”  
“030-9999”, “青森県広域市後期一丁目1-1”, “広域 太郎”  
“030-0000”, “青森県広域市後期二丁目1-2”, “広域 花子”

## 2-2 帳票の印刷（電算出力）に関する作業内容

- (1) 帳票の印刷についてはプログラムを作成し、委託者が提供するデータから印刷する。
- (2) データ内の情報により、①郵便番号順（住所別）、②被保険者番号順にソートし、市町村別に印刷物の仕分けを行う。
- (3) 作業中の破損、印刷ミス等その他業務上発生した廃棄物についてはすべて委託者の指定する方法で処理することとする。
- (4) 受託者は、「K A J O\_\_J 入力システム後期高齢者医療広域連合電算処理システム対応版」に含まれるフォントに対応するために「K A J O\_\_J 明朝フォントライセンス」を使用することとする。
- (5) 電算出力する項目については、【別添2】「出力レイアウト」を参考にすることとする。
- (6) 本番の電算出力する前に各帳票のテスト出力をし、フォント、文字の大きさとレイアウトについて委託者から了承を得ること。

## 2-3 封入封緘に関する作業内容

- (1) 印刷物は、三つ折りし、委託者が指定する封筒に封入封緘する。
- (2) 「高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費の支給申請について（お知らせ）」に「高額介護合算療養費等の支給対象者の皆様へ」、「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／委任状」、「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【記入例】／委任状【記入例】」を同封する。  
また、委託者が提供するリストに基づき、「委任状／委任状【記入例】」を同封する。
- (3) 業務上発生した廃棄物について、個人情報に記載されているものについてはすべて委託者の指定する方法で処理することとする。
- (4) 封入封緘された成果品は、市町村ごとに分類し、①郵便番号順（住所別）、②被保険者番号順に並べ、500通ずつ梱包することとする。

## 2-4 その他

成果品の搬入においては、個人情報の保護の重要性を認識し、漏えい、滅失及びき損の防止に努めるよう細心の注意を払うこととする。（運搬方法等の詳細については、別途協議する。）

青後広第〇〇〇〇〇〇号  
令和△△年 △△月△△日

〒012-0123  
青森県青森市  
△△〇丁目〇番〇号

青森 花子 様

保 険 者	青 森 市
-------	-------



青森県後期高齢者医療広域連合長  
西 秀記  
(公印省略)

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

次の後期高齢者医療制度の被保険者の方に、高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費の支給が見込まれますので、お知らせします。

支給を受けるためには申請が必要です。同封の申請書に必要事項をご記入の上、下記申請書提出先(市町村後期高齢者医療担当窓口)に申請してください。なお、ご不明な点については、後期高齢者医療担当窓口、またはご加入の介護保険担当窓口までお問い合わせください。

計算対象期間		令和 6年 8月 ～ 令和 7年 7月		
被 保 険 者 氏 名	保険 種別	保 険 者 番 号	保 険 者 名 称	被 保 険 者 番 号
* 青森 太郎	後 期	39020003	青森県後期高齢者医療広域連合	01234567
	介 護	022012	青 森 市	0012345678
青森 花子	後 期	39020003	青森県後期高齢者医療広域連合	00123456
	介 護			
	後 期			
	介 護			
	後 期			
	介 護			

- ※ 支給金額については、医療・介護それぞれの決定通知書でお知らせいたします。
- ※ 決定までには、申請から最低4カ月程いただいております。
- ※ 保険者番号と被保険者番号には計算対象期間末日時点の情報を表示しています。また、送付先は令和8年1月〇〇日時点の情報を記載しています。
- ※ 令和6年8月から令和7年7月末までの間に、加入する保険が変更となった方、または市区町村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前の保険でも支給対象となっている場合があります。
- ※ 「被保険者氏名」の前に\*印がある方は、計算対象期間中に資格を喪失された方を表しています。\*印がある世帯の場合、\*印が無い方には支給されないことがあります。
- ※ ご案内から2年以内に申請しなかった場合は時効となります。

◆申請書提出先(市町村後期高齢者医療担当窓口)

青森市  
駅前庁舎 国保医療年金課  
〒 030-0801  
青森県青森市新町一丁目3番7号

◆ 発 送 元

青森県後期高齢者医療広域連合  
業務課 給付担当  
〒 030-0801  
青森県青森市新町二丁目4番1号（県共同ビル1階）

電話番号 017-734-1111

## 【別紙2】表面

※イメージです（原寸大ではありません）

# 高額介護合算療養費等の支給対象者の皆様へ

令和6年度分の高額介護合算療養費等について、支給があると思われる世帯（被保険者）の皆様へ、支給申請のお知らせをお送りいたします。

同封されている申請書に必要な事項をご記入の上、対象の被保険者がお住まいの市町村の後期高齢者医療担当窓口（裏面をご参照ください）へご提出ください。

## 高額医療・高額介護合算療養費制度とは

- ・医療保険と介護保険の自己負担額の合計が高額になった世帯の負担を軽減するための制度です。
- ・医療と介護の両方のサービスを利用した世帯で、1年間に支払った自己負担額の合計が、基準額（裏面の表参照）を超えた場合に、超えた額が支給されます。
- ・支給額は、後期高齢者医療分の「高額介護合算療養費」と、介護保険分の「高額医療合算介護（予防）サービス費」に分けられ、後期高齢者医療広域連合と市町村（介護保険者）からそれぞれ被保険者ごとにお知らせし、支払われます。

## 窓口での申請に必要なもの

- ① 高額介護合算療養費等支給申請書
- ② 高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費の支給申請について（お知らせ）
- ③ **マイナンバーカードもしくは後期高齢者医療資格確認書**
- ④ **本人確認書類（運転免許証、住基カード、障害者手帳などの身元のわかるもの）③がある場合、④は不要**
- ⑤ 通帳（または通帳のコピー）等口座情報のわかるもの
- ⑥ 印鑑（認印）※申請者と受領者が異なる場合は、押印が必要となります。

※申請内容に誤りがあった場合は、基本、申請書の差替え（再提出）となりますので、郵送申請の際は記入内容をよくご確認の上、市町村の後期高齢者医療担当窓口へご提出ください。

※郵送による申請や、被保険者以外の方が申請する場合等の必要書類については、対象の被保険者がお住まいの市町村の後期高齢者医療担当窓口へお問い合わせください。

## その他、申請に必要なもの

### 【被保険者が亡くなっている場合】

- ⑦ 受領申立書 ……………・相続人の代表者が申請（受領）者となります。（市町村の担当窓口へ備え付けてあります。）

### 【被保険者（または相続人代表者）以外の方が、申請または受領する場合】

- ⑧ 委任状 ……………・申請書の裏面が委任状です。

### 【重度心身障がい者医療費の助成を受けている場合】

- ⑨ 委任状（重度心身障がい者医療費助成受給者用）……………・世帯内に重度心身障がい者医療費の助成を受けている方がいる場合は、窓口で申し出てください。

### 【計算対象期間に、他の医療保険等に加入していた場合】

- ⑩ 青森県後期高齢者医療以外の医療保険の自己負担額証明書 ……………・他の医療保険に加入していた方。
- ⑪ 以前お住まいの市町村介護保険の自己負担額証明書 ……………・他の市町村介護保険の要介護・要支援認定を受けていた方。

### 【成年後見人が申請される場合】

- ⑫ 登記事項証明書 ……………・申請日前3ヶ月以内に発行されたもの

## 申請期限

令和6年度分高額介護合算療養費支給申請については、令和10年3月末が申請期限となります。

（裏面もご覧ください）

## 計算対象期間及び基準額について

- 令和6年度分の高額介護合算療養費等の計算の対象となる期間は、令和6年8月1日から令和7年7月31日までの1年間となり、この期間に支払った自己負担額が右の表の基準額を超えた場合に、超えた額が支給されます。
- 自己負担額には、食事代、差額ベッド代、その他保険適用外の支払額は含まれません。また高額療養費や高額介護（予防）サービス費の支給対象額も含まれません。
- 自己負担額から基準額を差し引いたとき、その超過額が500円を超える場合に限り払い戻されます。

## 基準額（自己負担限度額）

所得区分		後期高齢者医療+介護保険
現役並み所得Ⅲ		212万円
現役並み所得Ⅱ		141万円
現役並み所得Ⅰ		67万円
一般Ⅰ	一般Ⅱ	56万円
低所得Ⅱ		31万円
低所得Ⅰ		19万円

※令和7年7月31日時点での所得区分が適用されます。

## 市町村後期高齢者医療担当窓口

市町村名	担当課	電話番号	市町村名	担当課	電話番号
青森市	国保医療年金課	017-734-1111	板柳町	健康推進課	0172-73-2111
弘前市	国保年金課	0172-40-7046	鶴田町	子ども健康課	0173-22-2111
八戸市	国保年金課	0178-43-9065	中泊町	町民課	0173-57-2111
黒石市	国保年金課	0172-52-2111	野辺地町	町民課	0175-64-2111
五所川原市	国保年金課	0173-35-2111	七戸町	町民課	0176-68-2112
十和田市	国保年金課	0176-51-6752	六戸町	町民課	0176-55-4612
三沢市	国保年金課	0176-53-5111	横浜町	町民課	0175-78-2111
むつ市	国保年金課	0175-22-1111	東北町	町民課	0176-56-4497
つがる市	国保年金課	0173-42-2111	六ヶ所村	健康課	0175-72-8143
平川市	税務課	0172-55-5328	おいらせ町	健康保険課	0178-56-4218
平内町	健康増進課	017-718-0019	大間町	健康づくり推進課	0175-31-0350
今別町	町民福祉課	0174-35-3003	東通村	税務課	0175-33-2134
蓬田村	住民課	0174-27-2112	風間浦村	税務国保課	0175-35-2111
外ヶ浜町	住民課	0174-31-1222	佐井村	住民生活課	0175-38-2111
鰺ヶ沢町	ほけん福祉課	0173-72-2111	三戸町	健康長寿課	0179-20-1153
深浦町	福祉課	0173-74-2117	五戸町	住民課	0178-62-7959
西目屋村	住民課	0172-85-2803	田子町	住民課	0179-20-7119
藤崎町	住民課	0172-88-8179	南部町	健康こども課	0178-76-3323
大鰐町	住民生活課	0172-55-6563	階上町	すこやか健康課	0178-88-2219
田舎館村	住民課	0172-58-2111	新郷村	住民課	0178-78-2111



## 青森県後期高齢者医療広域連合

〒030-0801 青森県青森市新町二丁目4番1号（青森県共同ビル1階）

電話番号：017-721-3821 FAX：017-723-1401

【別紙3】 申請書

※イメージです（原寸大ではありません）

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		(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		生年月日		明治・大正・昭和		性別		男・女		個人番号			
氏 名										計算期間の始期及び終期		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	

保険者番号		広域連合名称		被保険者番号		加入期間	
39020003		青森県後期高齢者医療広域連合				令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	

保険者番号		保険者名称		被保険者番号		加入期間	
						令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	

振込口座 記入欄		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 労働金庫		金融機関コード		本店 支店 出張所 営業部		店番(店舗号)		種別 1. 普通預金 2. 当座預金 3. 貯蓄預金 4. その他		口座番号		フリガナ		口座名義人	
-------------	--	------------------------------------	--	---------	--	------------------------	--	---------	--	---	--	------	--	------	--	-------	--

保険者		加入歴		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号		市 町 村 記 入 欄											
1		国保・介護		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				介護認定		有 ・ 無		重 心		有 ・ 無		受領申立書		有 ・ 無	
2		国保・介護		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで						所得区分		低Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ 一般 ・ 現役並み所得者Ⅰ ・ 現役並み所得者Ⅱ ・ 現役並み所得者Ⅲ							
3		国保・介護		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで						備考欄									
4		国保・介護		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで															

青森県後期高齢者医療広域連合 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。		郵便 番号 ー	
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は、2を丸で囲んでください。		住 所 ー	
3 本申請書を持って、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。		申 請 者 氏 名 ー	
		電 話 番 号 ー	

入中	人目	校中	校目
----	----	----	----



## 委 任 状

令和    年    月    日

〒 \_\_\_\_\_

被保険者  
(または相続人代表者)    住    所    \_\_\_\_\_  
氏    名    \_\_\_\_\_  
(※署名または記名押印)  
生年月日    \_\_\_\_\_

私(被保険者または相続人代表者)は、 \_\_\_\_\_ を代理人と定め、  
高額介護合算療養費等支給に関する 申請 を行うことの権限を委任する。

〒 \_\_\_\_\_

代理人    住    所    \_\_\_\_\_  
氏    名    \_\_\_\_\_  
(※署名または記名押印)  
生年月日    \_\_\_\_\_  
電話番号    \_\_\_\_\_  
続    柄    \_\_\_\_\_

私(被保険者または相続人代表者)は、 \_\_\_\_\_ を代理人と定め、  
高額介護合算療養費等支給に関する 受領 を行うことの権限を委任する。

〒 \_\_\_\_\_

代理人    住    所    \_\_\_\_\_  
氏    名    \_\_\_\_\_  
(※署名または記名押印)  
生年月日    \_\_\_\_\_  
電話番号    \_\_\_\_\_  
続    柄    \_\_\_\_\_

様  
様  
青森県後期高齢者医療広域連合長 様

【別紙4】

申請書【記入例】

※イメージです（原寸大ではありません）

【記入例】

自己負担

※「1」を○で囲んでください。ただし、R6.8.1～R7.7.31の途中で後期高齢者医療被保険者の資格を喪失した方は、「2」または「3」のいずれか該当する方を○で囲んでください。

※R7.7より前に資格を喪失した方は、資格喪失した年をご記入ください。

※通知カード、またはマイナンバーカードに記載されているマイナンバー（個人番号）をご記入ください。

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
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・生保適用・海外移住者あり）					
3. 計算期間末日以降申請（期間中死亡・海外移住等計算期間中申請）					

フリガナ	アオモリ タロウ				
氏 名	青森 太郎				
個人番号	□□□□□□□□□□□□□□□□				
性別	男	女性	出生	令和 6 年 8 月 7 日	7 月
生年月日	昭和 28 年 10 月 10 日				

後期高齢者医療資格情報	※R6.8.1～R7.7.31の途中で被保険者の資格を取得した方はその日からを、資格を喪失した方はその日までをご記入ください。（死亡により資格喪失された方は、資格喪失の前日までをご記入ください。）				
被保険者番号	39020003				
保険者番号	39020003				

介護保険資格情報					
保険者番号	被保険者番号				
加入期間	令和 6 年 8 月 1 日から 令和 7 年 7 月 31 日まで				
保険者番号	被保険者番号				
加入期間	令和 6 年 8 月 1 日から 令和 7 年 7 月 31 日まで				

振込口座	ゆうちょ				
記入欄	フリガナ				
振込口座	青森 太郎				

加入履歴	※R6.8.1～R7.7.31までの間に「要介護・要支援認定」を受けていた期間をご記入ください。				
加入履歴	※R6.8.1～R7.7.31までの間に「要介護・要支援認定」を受けていた期間をご記入ください。				
加入履歴	※R6.8.1～R7.7.31までの間に「要介護・要支援認定」を受けていた期間をご記入ください。				
加入履歴	※R6.8.1～R7.7.31までの間に「要介護・要支援認定」を受けていた期間をご記入ください。				

加入履歴	※R6.8.1～R7.7.31までの間に「要介護・要支援認定」を受けていた期間をご記入ください。				
加入履歴	※R6.8.1～R7.7.31までの間に「要介護・要支援認定」を受けていた期間をご記入ください。				
加入履歴	※R6.8.1～R7.7.31までの間に「要介護・要支援認定」を受けていた期間をご記入ください。				
加入履歴	※R6.8.1～R7.7.31までの間に「要介護・要支援認定」を受けていた期間をご記入ください。				

加入履歴	※R6.8.1～R7.7.31までの間に「要介護・要支援認定」を受けていた期間をご記入ください。				
加入履歴	※R6.8.1～R7.7.31までの間に「要介護・要支援認定」を受けていた期間をご記入ください。				
加入履歴	※R6.8.1～R7.7.31までの間に「要介護・要支援認定」を受けていた期間をご記入ください。				
加入履歴	※R6.8.1～R7.7.31までの間に「要介護・要支援認定」を受けていた期間をご記入ください。				

加入履歴	※R6.8.1～R7.7.31までの間に「要介護・要支援認定」を受けていた期間をご記入ください。				
加入履歴	※R6.8.1～R7.7.31までの間に「要介護・要支援認定」を受けていた期間をご記入ください。				
加入履歴	※R6.8.1～R7.7.31までの間に「要介護・要支援認定」を受けていた期間をご記入ください。				
加入履歴	※R6.8.1～R7.7.31までの間に「要介護・要支援認定」を受けていた期間をご記入ください。				

◎この委任状は、**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**を行う場合に記入してください。

※ 被保険者に代わって申請書を代筆する場合は、委任状の記入は必要ありません。

## 委 任 状【記入例】（裏）

令和〇年〇〇月〇〇日

〒000-0000

被保険者  
(または相続人代表者)

住 所 青森市△△〇丁目〇番〇号

氏 名 青森 太郎

(※署名または記名押印)

生年月日 大正〇年〇月〇日

青森

※被保険者または相続人代表者以外の方が、  
申請する場合に記入ください。

私(被保険者または相続人代表者)は、青森 カズオを代理人と定め、  
高額介護合算療養費等支給に関する 申請 を行うことの権限を委任する。

〒000-0000

代理人

住 所 青森市大字〇〇字△△□□番地〇

氏 名 青森 カズオ

(※署名または記名押印)

生年月日 昭和〇年〇月〇日

電話番号 000-0000-0000

続 柄 子

青森

※被保険者または相続人代表者以外の方が、  
受領する場合に記入ください。

私(被保険者または相続人代表者)は、連合 花子を代理人と定め、  
高額介護合算療養費等支給に関する 受領 を行うことの権限を委任する。

〒000-0000

代理人

住 所 岩手県□□市□□〇〇番△

氏 名 連合 花子

(※署名または記名押印)

生年月日 昭和〇年〇月〇日

電話番号 000-000-0000

続 柄 子

連合

様

様

青森県後期高齢者医療広域連合長 様

## 【別紙5】委任状

### 委 任 状

(重度心身障がい者医療費助成受給者用)

私は、令和 年 月 日に支給申請する高額介護合算療養費のうち、  
青森県重度心身障がい者医療費助成事業の対象者に係る分の受領方を下記の者に  
委任します。

令和 年 月 日

委任者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(※署名または記名押印)

対象者 氏 名 \_\_\_\_\_

(被保険者)【申請者と同一の場合は不要】

受任者 住 所 \_\_\_\_\_

(市町村長)

氏 名 \_\_\_\_\_

青森県後期高齢者医療広域連合長 様

## 委 任 状【記入例】

## (重度心身障がい者医療費助成受給者用)

私は、令和 ○ 年△△月○○日に支給申請する高額介護合算療養費のうち、  
青森県重度心身障がい者医療費助成事業の対象者に係る分の受領方を下記の者に  
委任します。

令和 ○ 年△△月○○日

被保険者本人または相続人  
代表者の住所、氏名を記入  
してください。

委任者 住 所 青森市△△〇丁目〇番〇号

氏 名 青 森 太 郎

(※署名または記名押印)

青  
森

委任者が、医療費助成を受  
けた被保険者と異なる場合  
のみ、被保険者氏名を記入  
してください。

対象者 氏 名  
(被保険者)【申請者と同一の場合は不要】

記入不要

(市町村で記入します。)

受任者 住 所  
(市町村長)

氏 名

公  
印

青森県後期高齢者医療広域連合長 様

◎重度心身障がい者医療費助成を受けている方の医療費の自己負担額は市  
町村が負担しているため、高額介護合算療養費の医療保険分の支給額は市  
町村で受領することとなりますので、委任状の提出をお願いいたします。

【別添 1】

## データレイアウト

青森県後期高齢者医療広域連合

ファイル／レコード仕様書	システム名	後期高齢者医療広域連合電算処理システム
	サブシステム名	給付業務
	機能名	高額医療・高額介護合算
	機能ID	KD40
ファイル名称	支給申請勧奨通知書ファイル	
ファイルID	KD40F152N	

#	日本語名称(項目名称)	データ名(記号項目名称)	編集方法
1	被保険者番号	KKTY_HHS_BNG	
2	被保険者番号	KKTY_HHS_BNG_D	
3	文書番号	DOC_BNG	
4	宛名郵便番号	ATN_ZIP_CD	
5	宛名郵便番号1(編集形式)	ATN_ZIP_CD_D1	
6	宛名郵便番号2(編集形式)	ATN_ZIP_CD_D2	
7	宛名住所1(漢字)	ATN_AD1_KJ	
8	宛名住所2(漢字)	ATN_AD2_KJ	
9	宛名住所3(漢字)	ATN_AD3_KJ	
10	宛名住所4(漢字)	ATN_AD4_KJ	
11	宛名住所5(漢字)	ATN_AD5_KJ	
12	宛名氏名(漢字)	ATN_SHM_KJ	
13	宛名カスタマバーコード	ATN_KSTMB_CODE	
14	作成年月日	SKSI_YMD	
15	作成年月日1(編集形式)	SKSI_YMD_D1	
16	作成年月日2一年号	SKSI_NGO	
17	作成年月日2一年	SKSI_YY	
18	作成年月日2一月	SKSI_MM	
19	作成年月日2一日	SKSI_DD	
20	広域連合名	KIK_RNG_NM_KJ	
21	方書1名(漢字)	KATGK1_NM_KJ	
22	方書2名(漢字)	KATGK2_NM_KJ	
23	連合長名(漢字)	SHCH_NM_KJ	
24	公印パスファイル名(英字)	KIF_NM_AL	
25	連合長名(漢字)	SHCH_NM_KJ_DN	
26	自治体問合せ先(漢字)	JTTI_TIAWS_SK_KJ	
27	自治体郵便番号	JTTI_ZIPCD	
28	自治体郵便番号(編集形式)	JTTI_ZIPCD_X	
29	自治体郵便番号(編集形式)	JTTI_ZIPCD_D	
30	自治体住所(漢字)	JTTI_JS_KJ	
31	自治体電話番号	JTTI_TELNO	
32	地方公共団体コード	THKDT_CD	
33	保険者番号	HKNS_NO	
34	保険者名称	HKNS_NM_KJ	
35	システム日付	SYS_DATE	
36	基準年月日	KJN_YMD	
37	被保険者氏名	HHS_SHMKJ	
38	被保険者氏名(カナ)	HHS_SHMKN	
39	被保険者郵便番号0	HHS_ZIP_CD	
40	被保険者郵便番号1(編集形式)	HHS_ZIP_CD_D1	
41	被保険者郵便番号2(編集形式)	HHS_ZIP_CD_D2	
42	被保険者住所	HHS_ADDR_KJ	
43	性別	HHS_SEX	
44	性別(編集形式)	HHS_SEX_D	
45	生年月日	HHS_BRTH_YMD	
46	生年月日(編集形式)	HHS_BRTH_YMD_D	
47	被保険者電話番号1	HHS_TEL1NO	
48	被保険者電話番号2	HHS_TEL2NO	
49	被保険者資格取得年月日(和暦)	HHS_SKST_YMD_D	
50	被保険者資格喪失年月日(和暦)	HHS_SKSS_YMD_D	
51	支給申請書整理番号	SKY_SNSS_SEIR_NO	
52	支給申請履歴通番	SKYSNS_RRK_TUBN	
53	支給申請世帯構成員	SKYSNS_STKSN_TUBN	

ファイル／レコード仕様書	システム名	後期高齢者医療広域連合電算処理システム
	サブシステム名	給付業務
	機能名	高額医療・高額介護合算
	機能ID	KD40
ファイル名称	支給申請勧奨通知書ファイル	
ファイルID	KD40F152N	

#	日本語名称(項目名称)	データ名(記号項目名称)	編集方法
54	通知年月日	TUT_YMD	
55	通知年月日-元号	TUT_GNGO	
56	通知年月日-年	TUT_YY	
57	通知年月日-年(文言)	TUT_YY_KJ	
58	通知年月日-月	TUT_MM	
59	通知年月日-月(文言)	TUT_MM_KJ	
60	通知年月日-日	TUT_DD	
61	通知年月日-日(文言)	TUT_DD_KJ	
62	計算対象期間1	TISY_FROM_YMD_D1	
63	計算対象期間-元号	TISY_FROM_GNGO	
64	計算対象期間-年1	TISY_FROM_YY	
65	計算対象期間-年1(文言)	TISY_FROM_YY_KJ	
66	計算対象期間-月1	TISY_FROM_MM	
67	計算対象期間-月1(文言)	TISY_FROM_MM_KJ	
68	計算対象期間-日1	TISY_FROM_DD	
69	計算対象期間-日1(文言)	TISY_FROM_DD_KJ	
70	計算対象期間2	TISY_TO_YMD_D1	
71	計算対象期間-元号	TISY_TO_GNGO	
72	計算対象期間-年2	TISY_TO_YY	
73	計算対象期間-年2(文言)	TISY_TO_YY_KJ	
74	計算対象期間-月2	TISY_TO_MM	
75	計算対象期間-月2(文言)	TISY_TO_MM_KJ	
76	計算対象期間-日2	TISY_TO_DD	
77	計算対象期間-日2(文言)	TISY_TO_DD_KJ	
78	申請年月日	SNS_YMD_D1	
79	申請年月日-元号	SNS_GNGO	
80	申請年月日-年	SNS_YY	
81	申請年月日-年(文言)	SNS_YY_KJ	
82	申請年月日-月	SNS_MM	
83	申請年月日-月(文言)	SNS_MM_KJ	
84	申請年月日-日	SNS_DD	
85	申請年月日-日(文言)	SNS_DD_KJ	
86	決定年月日	KTI_YMD_D1	
87	決定年月日-元号	KTI_GNGO	
88	決定年月日-年	KTI_YY	
89	決定年月日-年(文言)	KTI_YY_KJ	
90	決定年月日-月	KTI_MM	
91	決定年月日-月(文言)	KTI_MM_KJ	
92	決定年月日-日	KTI_DD	
93	決定年月日-日(文言)	KTI_DD_KJ	
94	データ有無01	KEK_UM01	
95	対象フラグ(期中)01	TISO_FLG_KCU01	対象の場合、‘*’(対象)を設定
96	対象フラグ(老福)01	TISO_FLG_ROHK01	
97	仮算定被保険者氏名01	KR_HHS_SHMKJ01	
98	医療負担額01	IRYFTN_GK01	
99	医療支給額01	IRYSKY_GK01	
100	介護負担額01	KGFTN_GK01	
101	介護支給額01	KGSKY_GK01	
102	後期資格の保険者番号01	KUK_SKK_HKNS_NO01	
103	後期資格の被保険者番号01	KUK_SKK_HHS_BNG01	
104	介護資格の保険者番号01	KGSK_SYKS_HKNS_NO01	
105	介護資格の被保険者番号01	KGSK_SYKS_HHS_BNG01	
106	死亡区分(個人)01	SBO_KBN_KJN01	



ファイル／レコード仕様書	システム名	後期高齢者医療広域連合電算処理システム
	サブシステム名	給付業務
	機能名	高額医療・高額介護合算
	機能ID	KD40
ファイル名称		支給申請勧奨通知書ファイル
ファイルID		KD40F152N

#	日本語名称(項目名称)	データ名(記号項目名称)	編集方法
107	計算支給区分コード01	KISN_SKY_KBN_CD01	
108	被保険者給付喪失年月日01	HHS_KF_SST_YMD01	
109	データ有無02	KEK_UM02	
110	対象フラグ(期中)02	TISO_FLG_KCU02	対象の場合、‘*’(対象)を設定
111	対象フラグ(老福)02	TISO_FLG_ROHK02	
112	仮算定被保険者氏名02	KR_HHS_SHMKJ02	
113	医療負担額02	IRYFTN_GK02	
114	医療支給額02	IRYSKY_GK02	
115	介護負担額02	KGFTN_GK02	
116	介護支給額02	KGSKY_GK02	
117	後期資格の保険者番号02	KUK_SKK_HKNS_NO02	
118	後期資格の被保険者番号02	KUK_SKK_HHS_BNG02	
119	介護資格の保険者番号02	KGSK_SYKS_HKNS_NO02	
120	介護資格の被保険者番号02	KGSK_SYKS_HHS_BNG02	
121	死亡区分(個人)02	SBO_KBN_KJN02	
122	計算支給区分コード02	KISN_SKY_KBN_CD02	
123	被保険者給付喪失年月日02	HHS_KF_SST_YMD02	
124	データ有無03	KEK_UM03	
125	対象フラグ(期中)03	TISO_FLG_KCU03	対象の場合、‘*’(対象)を設定
126	対象フラグ(老福)03	TISO_FLG_ROHK03	
127	仮算定被保険者氏名03	KR_HHS_SHMKJ03	
128	医療負担額03	IRYFTN_GK03	
129	医療支給額03	IRYSKY_GK03	
130	介護負担額03	KGFTN_GK03	
131	介護支給額03	KGSKY_GK03	
132	後期資格の保険者番号03	KUK_SKK_HKNS_NO03	
133	後期資格の被保険者番号03	KUK_SKK_HHS_BNG03	
134	介護資格の保険者番号03	KGSK_SYKS_HKNS_NO03	
135	介護資格の被保険者番号03	KGSK_SYKS_HHS_BNG03	
136	死亡区分(個人)03	SBO_KBN_KJN03	
137	計算支給区分コード03	KISN_SKY_KBN_CD03	
138	被保険者給付喪失年月日03	HHS_KF_SST_YMD03	
139	データ有無04	KEK_UM04	
140	対象フラグ(期中)04	TISO_FLG_KCU04	対象の場合、‘*’(対象)を設定
141	対象フラグ(老福)04	TISO_FLG_ROHK04	
142	仮算定被保険者氏名04	KR_HHS_SHMKJ04	
143	医療負担額04	IRYFTN_GK04	
144	医療支給額04	IRYSKY_GK04	
145	介護負担額04	KGFTN_GK04	
146	介護支給額04	KGSKY_GK04	
147	後期資格の保険者番号04	KUK_SKK_HKNS_NO04	
148	後期資格の被保険者番号04	KUK_SKK_HHS_BNG04	
149	介護資格の保険者番号04	KGSK_SYKS_HKNS_NO04	
150	介護資格の被保険者番号04	KGSK_SYKS_HHS_BNG04	
151	死亡区分(個人)04	SBO_KBN_KJN04	
152	計算支給区分コード04	KISN_SKY_KBN_CD04	
153	被保険者給付喪失年月日04	HHS_KF_SST_YMD04	
154	データ有無05	KEK_UM05	
155	対象フラグ(期中)05	TISO_FLG_KCU05	対象の場合、‘*’(対象)を設定
156	対象フラグ(老福)05	TISO_FLG_ROHK05	
157	仮算定被保険者氏名05	KR_HHS_SHMKJ05	
158	医療負担額05	IRYFTN_GK05	
159	医療支給額05	IRYSKY_GK05	

ファイル／レコード仕様書	システム名	後期高齢者医療広域連合電算処理システム
	サブシステム名	給付業務
	機能名	高額医療・高額介護合算
	機能ID	KD40
ファイル名称		支給申請勧奨通知書ファイル
ファイルID		KD40F152N

#	日本語名称(項目名称)	データ名(記号項目名称)	編集方法
160	介護負担額05	KGFTN_GK05	
161	介護支給額05	KGSKY_GK05	
162	後期資格の保険者番号05	KUK_SKK_HKNS_NO05	
163	後期資格の被保険者番号05	KUK_SKK_HHS_BNG05	
164	介護資格の保険者番号05	KGSK_SYKS_HKNS_NO05	
165	介護資格の被保険者番号05	KGSK_SYKS_HHS_BNG05	
166	死亡区分(個人)05	SBO_KBN_KJN05	
167	計算支給区分コード05	KISN_SKY_KBN_CD05	
168	被保険者給付喪失年月日05	HHS_KF_SST_YMD05	
169	データ有無06	KEK_UM06	
170	対象フラグ(期中)06	TISO_FLG_KCU06	対象の場合、‘*’(対象)を設定
171	対象フラグ(老福)06	TISO_FLG_ROHK06	
172	仮算定被保険者氏名06	KR_HHS_SHMKJ06	
173	医療負担額06	IRYFTN_GK06	
174	医療支給額06	IRYSKY_GK06	
175	介護負担額06	KGFTN_GK06	
176	介護支給額06	KGSKY_GK06	
177	後期資格の保険者番号06	KUK_SKK_HKNS_NO06	
178	後期資格の被保険者番号06	KUK_SKK_HHS_BNG06	
179	介護資格の保険者番号06	KGSK_SYKS_HKNS_NO06	
180	介護資格の被保険者番号06	KGSK_SYKS_HHS_BNG06	
181	死亡区分(個人)06	SBO_KBN_KJN06	
182	計算支給区分コード06	KISN_SKY_KBN_CD06	
183	被保険者給付喪失年月日06	HHS_KF_SST_YMD06	
184	データ有無07	KEK_UM07	
185	対象フラグ(期中)07	TISO_FLG_KCU07	対象の場合、‘*’(対象)を設定
186	対象フラグ(老福)07	TISO_FLG_ROHK07	
187	仮算定被保険者氏名07	KR_HHS_SHMKJ07	
188	医療負担額07	IRYFTN_GK07	
189	医療支給額07	IRYSKY_GK07	
190	介護負担額07	KGFTN_GK07	
191	介護支給額07	KGSKY_GK07	
192	後期資格の保険者番号07	KUK_SKK_HKNS_NO07	
193	後期資格の被保険者番号07	KUK_SKK_HHS_BNG07	
194	介護資格の保険者番号07	KGSK_SYKS_HKNS_NO07	
195	介護資格の被保険者番号07	KGSK_SYKS_HHS_BNG07	
196	死亡区分(個人)07	SBO_KBN_KJN07	
197	計算支給区分コード07	KISN_SKY_KBN_CD07	
198	被保険者給付喪失年月日07	HHS_KF_SST_YMD07	
199	データ有無08	KEK_UM08	
200	対象フラグ(期中)08	TISO_FLG_KCU08	対象の場合、‘*’(対象)を設定
201	対象フラグ(老福)08	TISO_FLG_ROHK08	
202	仮算定被保険者氏名08	KR_HHS_SHMKJ08	
203	医療負担額08	IRYFTN_GK08	
204	医療支給額08	IRYSKY_GK08	
205	介護負担額08	KGFTN_GK08	
206	介護支給額08	KGSKY_GK08	
207	後期資格の保険者番号08	KUK_SKK_HKNS_NO08	
208	後期資格の被保険者番号08	KUK_SKK_HHS_BNG08	
209	介護資格の保険者番号08	KGSK_SYKS_HKNS_NO08	
210	介護資格の被保険者番号08	KGSK_SYKS_HHS_BNG08	
211	死亡区分(個人)08	SBO_KBN_KJN08	
212	計算支給区分コード08	KISN_SKY_KBN_CD08	

ファイル／レコード仕様書	システム名	後期高齢者医療広域連合電算処理システム
	サブシステム名	給付業務
	機能名	高額医療・高額介護合算
	機能ID	KD40
ファイル名称	支給申請勧奨通知書ファイル	
ファイルID	KD40F152N	

#	日本語名称(項目名称)	データ名(記号項目名称)	編集方法
213	被保険者給付喪失年月日08	HHS_KF_SST_YMD08	
214	データ有無09	KEK_UM09	
215	対象フラグ(期中)09	TISO_FLG_KCU09	対象の場合、‘*’(対象)を設定
216	対象フラグ(老福)09	TISO_FLG_ROHK09	
217	仮算定被保険者氏名09	KR_HHS_SHMKJ09	
218	医療負担額09	IRYFTN_GK09	
219	医療支給額09	IRYSKY_GK09	
220	介護負担額09	KGFTN_GK09	
221	介護支給額09	KGSKY_GK09	
222	後期資格の保険者番号09	KUK_SKK_HKNS_NO09	
223	後期資格の被保険者番号09	KUK_SKK_HHS_BNG09	
224	介護資格の保険者番号09	KGSK_SYKS_HKNS_NO09	
225	介護資格の被保険者番号09	KGSK_SYKS_HHS_BNG09	
226	死亡区分(個人)09	SBO_KBN_KJN09	
227	計算支給区分コード09	KISN_SKY_KBN_CD09	
228	被保険者給付喪失年月日09	HHS_KF_SST_YMD09	
229	データ有無10	KEK_UM10	
230	対象フラグ(期中)10	TISO_FLG_KCU10	対象の場合、‘*’(対象)を設定
231	対象フラグ(老福)10	TISO_FLG_ROHK10	
232	仮算定被保険者氏名10	KR_HHS_SHMKJ10	
233	医療負担額10	IRYFTN_GK10	
234	医療支給額10	IRYSKY_GK10	
235	介護負担額10	KGFTN_GK10	
236	介護支給額10	KGSKY_GK10	
237	後期資格の保険者番号10	KUK_SKK_HKNS_NO10	
238	後期資格の被保険者番号10	KUK_SKK_HHS_BNG10	
239	介護資格の保険者番号10	KGSK_SYKS_HKNS_NO10	
240	介護資格の被保険者番号10	KGSK_SYKS_HHS_BNG10	
241	死亡区分(個人)10	SBO_KBN_KJN10	
242	計算支給区分コード10	KISN_SKY_KBN_CD10	
243	被保険者給付喪失年月日10	HHS_KF_SST_YMD10	
244	医療負担額合計	IRYFTN_GK_GKI	
245	医療支給額合計	IRYSKY_GK_GK	
246	介護負担額合計	KGFTN_GK_GKI	
247	介護支給額合計	KGSKY_GK_GKI	
248	自己負担額の合計額	JKFTNGK_GK	
249	基準額	SNTKJN_GK	
250	支給額の合計額	SKYGK_GK	
251	文言1-1	MNGN1_1	
252	文言1-2	MNGN1_2	
253	文言2-1	MNGN2_1	
254	文言2-2	MNGN2_2	
255	広域連合名	KUIK_RNG_NM_KJ	
256	基準日現在保険者	KJN_HKNS_NO	
257	問い合わせ先名左	TIAWSSK_NM_L	
258	組織名左	TIAWSSK_SSK_NM_L	
259	組織名左2	TIAWSSK_SSK_NM_L2	
260	郵便番号左	TIAWSSK_ZIPCD_L	
261	郵便番号左(編集形式)	TIAWSSK_ZIPCD_Z_L	
262	住所1左	TIAWSSK_AD_KJ1_L	
263	住所2左	TIAWSSK_AD_KJ2_L	
264	連絡先左	TIAWSSK_TEL_NO_L	
265	問い合わせ先名右	TIAWSSK_NM_R	

ファイル／レコード仕様書	システム名	後期高齢者医療広域連合電算処理システム
	サブシステム名	給付業務
	機能名	高額医療・高額介護合算
	機能ID	KD40
ファイル名称	支給申請勧奨通知書ファイル	
ファイルID	KD40F152N	

#	日本語名称(項目名称)	データ名(記号項目名称)	編集方法
266	組織名右	TIAWSSK_SSK_NM_R	
267	組織名右2	TIAWSSK_SSK_NM_R2	
268	郵便番号右	TIAWSSK_ZIPCD_R	
269	郵便番号右(編集形式)	TIAWSSK_ZIPCD_Z_R	
270	住所1右	TIAWSSK_AD_KJ1_R	
271	住所2右	TIAWSSK_AD_KJ2_R	
272	連絡先右	TIAWSSK_TEL_NO_R	
273	申請形態コード	SNSI_KTAI_CD	
274	ページ	SNT_PAGE	
275	全ページ	SNT_ZN_PAGE	
276	死亡区分コード	SBO_KBN_CD	
277	予備	YB	

【別添 2】

## 出力レイアウト

青森県後期高齢者医療広域連合

※イメージです（原寸大ではありません）

3 2XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX号  
2 X 2 X 年 2 X 月 2 X 日

〒 8 XXXXXXXX  
2 0 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
2 0 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
2 0 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
2 0 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
2 0 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

保 険 者	8 X X X X X X X
-------	-----------------

青森県後期高齢者医療広域連合長  
西 秀記  
(公印省略)



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

次の後期高齢者医療制度の被保険者の方に、高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費の支給が見込まれますので、お知らせします。  
支給を受けるためには申請が必要です。同封の申請書に必要事項をご記入の上、下記申請書提出先(市町村後期高齢者医療担当窓口)に申請してください。なお、ご不明な点については、後期高齢者医療担当窓口、またはご加入の介護保険担当窓口までお問い合わせください。

計 算 対 象 期 間		令和 2 X 年 2 X 月 ～ 令和 2 X 年 2 X 月		
被 保 険 者 氏 名	保険 種別	保 険 者 番 号	保 険 者 名 称	被 保 険 者 番 号
1 0XXXXXXXX	後 期	8XXXXXXXX	12XXXXXXXXXXXX	8XXXXXXXX
	介 護	6XXXXXX	12XXXXXXXXXXXX	10XXXXXXXX
1 0XXXXXXXX	後 期	8XXXXXXXX	12XXXXXXXXXXXX	8XXXXXXXX
	介 護	6XXXXXX	12XXXXXXXXXXXX	10XXXXXXXX
1 0XXXXXXXX	後 期	8XXXXXXXX	12XXXXXXXXXXXX	8XXXXXXXX
	介 護	6XXXXXX	12XXXXXXXXXXXX	10XXXXXXXX
1 0XXXXXXXX	後 期	8XXXXXXXX	12XXXXXXXXXXXX	8XXXXXXXX
	介 護	6XXXXXX	12XXXXXXXXXXXX	10XXXXXXXX

- ※ 支給金額については、医療・介護それぞれの決定通知書でお知らせいたします。
- ※ 支給までには、申請から最低4カ月程いただいております。
- ※ 保険者番号と被保険者番号には計算対象期間末日時点の情報を表示しています。また、送付先は令和8年1月〇〇日時点の情報を記載しています。
- ※ 令和6年8月から令和7年7月末までの間に、加入する保険が変更となった方、または市区町村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前の保険でも支給対象となっている場合があります。
- ※ 「被保険者氏名」の前に\*印がある方は、計算対象期間中に資格を喪失された方を表しています。\*印がある世帯の場合、\*印が無い方には支給されないことがあります。
- ※ ご案内から2年以内に申請しなかった場合は時効となります。
- ※

◆申請書提出先(市町村後期高齢者医療担当窓口)

2 0 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
2 5 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
〒 8 XXXXXXXX  
住 所 2 0 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
2 0 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
電話番号 16XXXXXXXXXXXXXXX

◆ 発 送 元

青森県後期高齢者医療広域連合  
業務課 給付担当  
〒 030-0801  
青森県青森市新町二丁目4番1号（県共同ビル1階）