

**令和4年度電算処理システムバッチ帳票作成等業務委託  
スペーシングチャート**

- 1 高額療養費に係る帳票作成業務  
勧奨通知スペーシングチャート
  
- 2 高額療養費（外来年間合算）に係る帳票作成業務  
勧奨通知スペーシングチャート
  
- 3 高額介護合算療養費に係る帳票作成業務  
勧奨通知スペーシングチャート  
再勧奨通知スペーシングチャート  
不支給決定通知書スペーシングチャート
  
- 4 支給決定通知にかかかかる帳票作成業務  
高額療養費決定通知書スペーシングチャート  
高額療養費（年間外来合算）決定通知書スペーシングチャート  
高額介護合算療養費決定通知書スペーシングチャート  
療養費支給決定通知書スペーシングチャート  
療養費（負担割合差額）支給決定通知書スペーシングチャート  
葬祭費支給決定通知書スペーシングチャート

1 高額療養費に係る帳票作成業務  
勧奨通知スペーシングチャート



<補足：自己負担額表罫線の太さ>

所得区分		自己負担割合	外来 (個人単位)	外来+入院 (世帯単位)
現役並み所得者				
一般				
低所得者	区分Ⅱ			
	区分Ⅰ			

上図の黒罫線・・・太い黒罫線

上図の赤罫線・・・通常の黒罫線

※赤罫線は区別しやすくするためのもので、実際は全て黒罫線

2 高額療養費（外来年間合算）に係る帳票作成業務  
勧奨通知スペーシングチャート



3 高額介護合算療養費に係る帳票作成業務  
勧奨通知スペーシングチャート





高野台総合墓園等実地申請書兼自己負担額証明書交付申請書【市区町村役】

高野台総合墓園等実地申請書兼自己負担額証明書交付申請書

1. 高野台総合墓園等実地申請書(高野台総合墓園(特別区費)の申請)

2. 自己負担額証明書の交付

3. 高野台総合墓園等実地申請書(高野台総合墓園(特別区費)の申請)

4. 自己負担額証明書の交付

5. 高野台総合墓園等実地申請書(高野台総合墓園(特別区費)の申請)

6. 自己負担額証明書の交付

7. 高野台総合墓園等実地申請書(高野台総合墓園(特別区費)の申請)

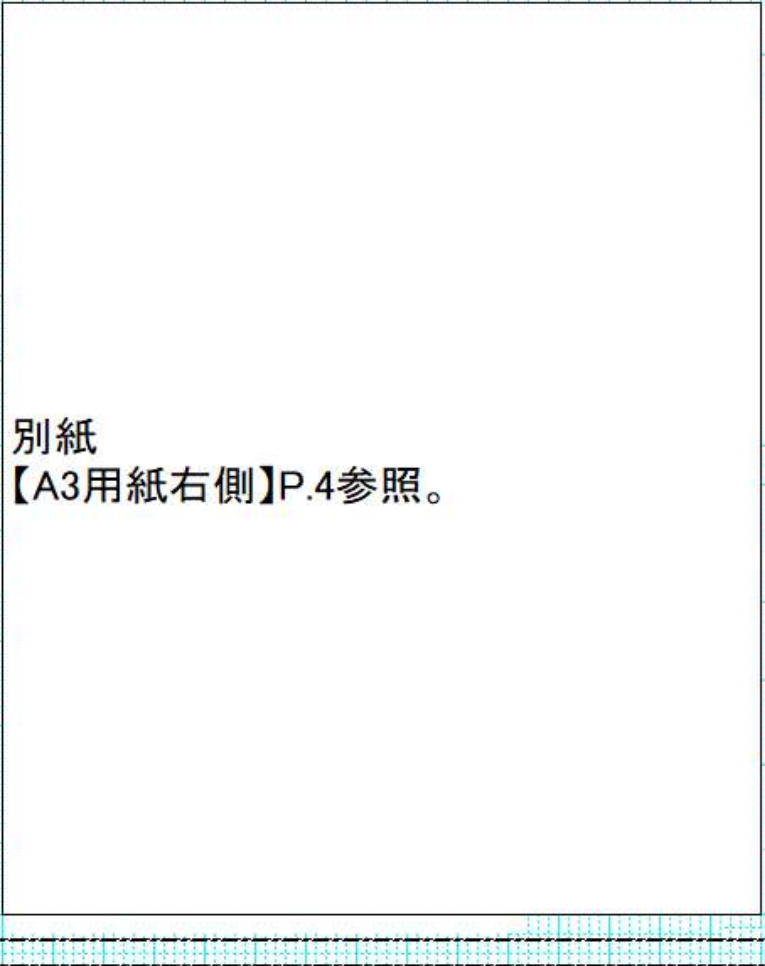
8. 自己負担額証明書の交付

9. 高野台総合墓園等実地申請書(高野台総合墓園(特別区費)の申請)

10. 自己負担額証明書の交付

11. 高野台総合墓園等実地申請書(高野台総合墓園(特別区費)の申請)

12. 自己負担額証明書の交付



別紙【A3用紙右側】P.4参照。

- 1) 墓園日録の受取番号:110 11) 申請資格の取得者番号:103 120) 最終申請文書:225 139) 申請者アスタシク:230 160) 申請者アスタシク:240 [20] 申請者番号①(記載形式):7
- 2) 申請資格の取得者番号:102 121) 申請資格の取得者番号:104 131) 申請対象文書:227 140) 申請コードアスタシク:232 161) 申請者アスタシク:250 [21] 別名住所1~5(漢字):6-12
- 3) 申請対象取得者氏名:105 122) 申請資格の取得者番号:102 132) 申請住所特別対象者(文書):233 141) 申請コードアスタシク:240 170) 申請者アスタシク:251 [22] 別名住所(漢字):13
- 4) 申請対象期日:104-70 143) 申請資格の取得者番号:104-100 133) アスタシク種別:申請:225 142) 申請コードアスタシク:241 [71] アスタシクアスタシク:242
- 5) 申請対象期日:122-70 144) 申請資格の取得者番号:102-100 134) 申請種別:申請:233 143) 申請種別:申請:232 172) 申請者アスタシク:244 [24] 申請者少人数
- 6) 申請日録の受取番号:115 145) 申請資格の取得者番号:103 135) 申請種別:申請:234 144) 申請者アスタシク:240 181) 申請者アスタシク:241 [25] 申請者少人数
- 7) 申請資格の取得者番号:102 146) アスタシク種別(期間):200 136) 申請種別:申請:225 145) 申請者アスタシク:242 182) 申請者アスタシク:242 [26] 申請者少人数:141+7+7+4+2+10=232
- 8) 申請資格の取得者番号:103 147) アスタシク種別(期間):201 137) 申請種別:申請:235 146) 申請者アスタシク:247 183) 申請者アスタシク:243 [28] 申請者少人数:22
- 9) 申請資格の取得者番号:104 148) アスタシク種別(期):202 138) 申請種別:申請:237 147) 申請者アスタシク:248 184) 申請者アスタシク:244 [27] 申請資格の取得者番号:200
- 10) 申請資格の取得者番号:105 149) 申請資格の取得者番号:105-100 139) 申請種別:申請:239 148) 申請者アスタシク:249 185) 申請者アスタシク:245 [29] 申請資格の取得者番号:150
- 11) 申請資格の取得者番号:106 150) 申請資格の取得者番号:106-100 140) 申請種別:申請:240 149) 申請者アスタシク:250 186) 申請者アスタシク:246 [30] 申請資格の取得者番号:150
- 12) 申請資格の取得者番号:107 151) 申請資格の取得者番号:107-100 141) 申請種別:申請:241 150) 申請者アスタシク:251 187) 申請者アスタシク:247 [31] 申請資格の取得者番号:150
- 13) 申請資格の取得者番号:108 152) 申請資格の取得者番号:108-100 142) 申請種別:申請:242 151) 申請者アスタシク:252 188) 申請者アスタシク:248 [32] 申請資格の取得者番号:150
- 14) 申請資格の取得者番号:109 153) 申請資格の取得者番号:109-100 143) 申請種別:申請:243 152) 申請者アスタシク:253 189) 申請者アスタシク:249 181) 申請資格の取得者番号:150
- 15) 申請資格の取得者番号:110 154) 申請資格の取得者番号:110-100 144) 申請種別:申請:244 153) 申請者アスタシク:254 190) 申請者アスタシク:250 182) 申請資格の取得者番号:150
- 16) 申請資格の取得者番号:111 155) 申請資格の取得者番号:111-100 145) 申請種別:申請:245 154) 申請者アスタシク:255 191) 申請者アスタシク:251 183) 申請資格の取得者番号:150
- 17) 申請資格の取得者番号:112 156) 申請資格の取得者番号:112-100 146) 申請種別:申請:246 155) 申請者アスタシク:256 192) 申請者アスタシク:252 184) 申請資格の取得者番号:150
- 18) 申請資格の取得者番号:113 157) 申請資格の取得者番号:113-100 147) 申請種別:申請:247 156) 申請者アスタシク:257 193) 申請者アスタシク:253 185) 申請資格の取得者番号:150
- 19) 申請資格の取得者番号:114 158) 申請資格の取得者番号:114-100 148) 申請種別:申請:248 157) 申請者アスタシク:258 194) 申請者アスタシク:254 186) 申請資格の取得者番号:150
- 20) 申請資格の取得者番号:115 159) 申請資格の取得者番号:115-100 149) 申請種別:申請:249 158) 申請者アスタシク:259 195) 申請者アスタシク:255 187) 申請資格の取得者番号:150
- 21) 申請資格の取得者番号:116 160) 申請資格の取得者番号:116-100 150) 申請種別:申請:250 159) 申請者アスタシク:260 196) 申請者アスタシク:256 188) 申請資格の取得者番号:150
- 22) 申請資格の取得者番号:117 161) 申請資格の取得者番号:117-100 151) 申請種別:申請:251 160) 申請者アスタシク:261 197) 申請者アスタシク:257 189) 申請資格の取得者番号:150
- 23) 申請資格の取得者番号:118 162) 申請資格の取得者番号:118-100 152) 申請種別:申請:252 161) 申請者アスタシク:262 198) 申請者アスタシク:258 190) 申請資格の取得者番号:150
- 24) 申請資格の取得者番号:119 163) 申請資格の取得者番号:119-100 153) 申請種別:申請:253 162) 申請者アスタシク:263 199) 申請者アスタシク:259 191) 申請資格の取得者番号:150
- 25) 申請資格の取得者番号:120 164) 申請資格の取得者番号:120-100 154) 申請種別:申請:254 163) 申請者アスタシク:264 200) 申請者アスタシク:260 192) 申請資格の取得者番号:150
- 26) 申請資格の取得者番号:121 165) 申請資格の取得者番号:121-100 155) 申請種別:申請:255 164) 申請者アスタシク:265 201) 申請者アスタシク:261 193) 申請資格の取得者番号:150
- 27) 申請資格の取得者番号:122 166) 申請資格の取得者番号:122-100 156) 申請種別:申請:256 165) 申請者アスタシク:266 202) 申請者アスタシク:262 194) 申請資格の取得者番号:150
- 28) 申請資格の取得者番号:123 167) 申請資格の取得者番号:123-100 157) 申請種別:申請:257 166) 申請者アスタシク:267 203) 申請者アスタシク:263 195) 申請資格の取得者番号:150
- 29) 申請資格の取得者番号:124 168) 申請資格の取得者番号:124-100 158) 申請種別:申請:258 167) 申請者アスタシク:268 204) 申請者アスタシク:264 196) 申請資格の取得者番号:150
- 30) 申請資格の取得者番号:125 169) 申請資格の取得者番号:125-100 159) 申請種別:申請:259 168) 申請者アスタシク:269 205) 申請者アスタシク:265 197) 申請資格の取得者番号:150
- 31) 申請資格の取得者番号:126 170) 申請資格の取得者番号:126-100 160) 申請種別:申請:260 169) 申請者アスタシク:270 206) 申請者アスタシク:266 198) 申請資格の取得者番号:150
- 32) 申請資格の取得者番号:127 171) 申請資格の取得者番号:127-100 161) 申請種別:申請:261 170) 申請者アスタシク:271 207) 申請者アスタシク:267 199) 申請資格の取得者番号:150
- 33) 申請資格の取得者番号:128 172) 申請資格の取得者番号:128-100 162) 申請種別:申請:262 171) 申請者アスタシク:272 208) 申請者アスタシク:268 200) 申請資格の取得者番号:150
- 34) 申請資格の取得者番号:129 173) 申請資格の取得者番号:129-100 163) 申請種別:申請:263 172) 申請者アスタシク:273 209) 申請者アスタシク:269 201) 申請資格の取得者番号:150
- 35) 申請資格の取得者番号:130 174) 申請資格の取得者番号:130-100 164) 申請種別:申請:264 173) 申請者アスタシク:274 210) 申請者アスタシク:270 202) 申請資格の取得者番号:150

**高額介護費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書**

高19号様式(02)

申請者(又は代理人) XXXXXXX-XX-XX-XX

氏名	生年月日	性別	住所
			〒XXXXXX XXX-XXXX
申請者	申請者	申請者	申請者
姓	名	男	〒XXXXXX XXX-XXXX
氏名	生年月日	性別	住所
			〒XXXXXX XXX-XXXX

申請内容

1. 高額介護費等(高額介護費等)の支給  
2. 自己負担額証明書の交付

申請書

申請日

氏名	生年月日	性別	住所
			〒XXXXXX XXX-XXXX
申請者	申請者	申請者	申請者
姓	名	男	〒XXXXXX XXX-XXXX
氏名	生年月日	性別	住所
			〒XXXXXX XXX-XXXX

高額介護費等の支給対象期間

氏名	生年月日	性別	住所
			〒XXXXXX XXX-XXXX
申請者	申請者	申請者	申請者
姓	名	男	〒XXXXXX XXX-XXXX
氏名	生年月日	性別	住所
			〒XXXXXX XXX-XXXX

別紙  
【A3用紙右側】P.5参照。

11: 高額介護費等支給申請書(1)	111: 高額介護費等の申請書(1)	190: 高額介護費等の申請書(1)	191: 高額介護費等の申請書(2)	192: 高額介護費等の申請書(3)	193: 高額介護費等の申請書(4)	194: 高額介護費等の申請書(5)	195: 高額介護費等の申請書(6)	196: 高額介護費等の申請書(7)	197: 高額介護費等の申請書(8)	198: 高額介護費等の申請書(9)	199: 高額介護費等の申請書(10)	200: 高額介護費等の申請書(11)	201: 高額介護費等の申請書(12)	202: 高額介護費等の申請書(13)	203: 高額介護費等の申請書(14)	204: 高額介護費等の申請書(15)	205: 高額介護費等の申請書(16)	206: 高額介護費等の申請書(17)	207: 高額介護費等の申請書(18)	208: 高額介護費等の申請書(19)	209: 高額介護費等の申請書(20)	210: 高額介護費等の申請書(21)	211: 高額介護費等の申請書(22)	212: 高額介護費等の申請書(23)	213: 高額介護費等の申請書(24)	214: 高額介護費等の申請書(25)	215: 高額介護費等の申請書(26)	216: 高額介護費等の申請書(27)	217: 高額介護費等の申請書(28)	218: 高額介護費等の申請書(29)	219: 高額介護費等の申請書(30)	220: 高額介護費等の申請書(31)	221: 高額介護費等の申請書(32)	222: 高額介護費等の申請書(33)	223: 高額介護費等の申請書(34)	224: 高額介護費等の申請書(35)	225: 高額介護費等の申請書(36)	226: 高額介護費等の申請書(37)	227: 高額介護費等の申請書(38)	228: 高額介護費等の申請書(39)	229: 高額介護費等の申請書(40)	230: 高額介護費等の申請書(41)	231: 高額介護費等の申請書(42)	232: 高額介護費等の申請書(43)	233: 高額介護費等の申請書(44)	234: 高額介護費等の申請書(45)	235: 高額介護費等の申請書(46)	236: 高額介護費等の申請書(47)	237: 高額介護費等の申請書(48)	238: 高額介護費等の申請書(49)	239: 高額介護費等の申請書(50)	240: 高額介護費等の申請書(51)	241: 高額介護費等の申請書(52)	242: 高額介護費等の申請書(53)	243: 高額介護費等の申請書(54)	244: 高額介護費等の申請書(55)	245: 高額介護費等の申請書(56)	246: 高額介護費等の申請書(57)	247: 高額介護費等の申請書(58)	248: 高額介護費等の申請書(59)	249: 高額介護費等の申請書(60)	250: 高額介護費等の申請書(61)	251: 高額介護費等の申請書(62)	252: 高額介護費等の申請書(63)	253: 高額介護費等の申請書(64)	254: 高額介護費等の申請書(65)	255: 高額介護費等の申請書(66)	256: 高額介護費等の申請書(67)	257: 高額介護費等の申請書(68)	258: 高額介護費等の申請書(69)	259: 高額介護費等の申請書(70)	260: 高額介護費等の申請書(71)	261: 高額介護費等の申請書(72)	262: 高額介護費等の申請書(73)	263: 高額介護費等の申請書(74)	264: 高額介護費等の申請書(75)	265: 高額介護費等の申請書(76)	266: 高額介護費等の申請書(77)	267: 高額介護費等の申請書(78)	268: 高額介護費等の申請書(79)	269: 高額介護費等の申請書(80)	270: 高額介護費等の申請書(81)	271: 高額介護費等の申請書(82)	272: 高額介護費等の申請書(83)	273: 高額介護費等の申請書(84)	274: 高額介護費等の申請書(85)	275: 高額介護費等の申請書(86)	276: 高額介護費等の申請書(87)	277: 高額介護費等の申請書(88)	278: 高額介護費等の申請書(89)	279: 高額介護費等の申請書(90)	280: 高額介護費等の申請書(91)	281: 高額介護費等の申請書(92)	282: 高額介護費等の申請書(93)	283: 高額介護費等の申請書(94)	284: 高額介護費等の申請書(95)	285: 高額介護費等の申請書(96)	286: 高額介護費等の申請書(97)	287: 高額介護費等の申請書(98)	288: 高額介護費等の申請書(99)	289: 高額介護費等の申請書(100)
--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	----------------------



3 高額介護合算療養費に係る帳票作成業務  
再勧奨通知スペーシングチャート

### 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

※以前と同様のお知らせを添付しておりますが、ご申請がありませんので、再度添付させていただきます。

**受付窓口【申請書提出先】**

〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1 東京都庁本庁舎 5階 505号室

TEL: 03-5551-3111 (受付時間: 午前9時～午後5時)

1年間の「医療保険」と「介護保険」の自己負担額の合計が高額介護合算療養費の基準額を超えたため、左側の用紙「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」を送付いたします。

①ご申請は、右上の受付窓口【申請書提出先】へお願いいたします。  
郵送での提出も可能です。提出にあたり、ご不明な点などありましたら、受付窓口【申請書提出先】にお問い合わせください。  
②申請書は3枚複写となっておりますので、押印が必要な場合は必ずすべてに押印してください。  
③ご申請についての案内は2枚目に、記入例は3枚目にございます。

※恐れ入りますが、行を違いで同じ年度(平成XX年度)の申請書が提出されている場合には、提出不要です。

**【A】 個人における費用式給付認定・介護給付給付手定額【別添】**

別添紙を添付

医療保険 介護給付給付手定額【別添】

**【B】 世帯における給付手定額の合計【別添】** (個人における給付手定額【A】を合わせた、医療給付世帯の合計)

**自己負担額の合計**

「医療保険(世帯負担割合率)」の自己負担額の合計  
+  
「介護保険」の自己負担額の合計

**基準額**

次「ご申請が世帯についての、次【B】基準額(介護合算認定基準額)」をご覧ください。

**給付手定額の合計【別添】**

「医療保険(世帯負担割合率)」の給付手定額【別添】  
+  
介護給付給付手定額【別添】

**【C】 給付手定額【別添】と異なりしについて**

世帯の給付手定額、給付対象となった方には、「医療保険(費用式給付認定)」と「介護給付」が同時に振り込まれます。(振込日が異なります。)

※ 給付手定額【別添】は、お知らせ住所決定における手定額であり、次の理由等により不足額となる場合や実際の給付額とは異なる場合があります。

**【加】**

(1) 異なりしまでに「自己負担額」に変更があった場合  
(2) 世帯内の異動により、「世帯状況」や「所得区分」に変更があった場合  
(3) 基準日の異なる月(1月)に世帯に変更があった場合

- |                    |                     |                  |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |                    |
|--------------------|---------------------|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| (1) 医療保険の世帯番号: 110 | (11) 介護保険の世帯番号: 101 | (21) 世帯内世帯主: 201 | (31) 世帯主の生年月日: 201 | (41) 介護保険の世帯主: 201 | (51) 介護保険の世帯主: 201 | (61) 介護保険の世帯主: 201 | (71) 介護保険の世帯主: 201 | (81) 介護保険の世帯主: 201 | (91) 介護保険の世帯主: 201 | (01) 介護保険の世帯主: 201 | (11) 介護保険の世帯主: 201 | (21) 介護保険の世帯主: 201 | (31) 介護保険の世帯主: 201 | (41) 介護保険の世帯主: 201 | (51) 介護保険の世帯主: 201 | (61) 介護保険の世帯主: 201 | (71) 介護保険の世帯主: 201 | (81) 介護保険の世帯主: 201 | (91) 介護保険の世帯主: 201 | (01) 介護保険の世帯主: 201 |
|--------------------|---------------------|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|





**申請書のご記入方法**

氏名フリガナ  
 コウイキ ハナ子  
 姓  
 広城 はな子  
 〒 000-0000 神奈川県○○市○○町1-1  
 000000000000  
 氏名フリガナ  
 広城 はな子  
 〒 000-0000 神奈川県○○市○○町1-1  
 000 000 0000

届出種別  
 任意  
 任意後見  
 任意後見人  
 任意後見人等  
 相続人等  
 相続人等以外の親族等

届出内容  
 〒 000-0000 神奈川県○○市○○町1-1  
 000 000 0000

届出内容  
 〒 000-0000 神奈川県○○市○○町1-1  
 000 000 0000

届出内容  
 〒 000-0000 神奈川県○○市○○町1-1  
 000 000 0000

届出内容  
 〒 000-0000 神奈川県○○市○○町1-1  
 000 000 0000

**ご提出について**

1. 印刷された申請書に、以下の事項を記入してください。  
 (1) 申請書  
 (2) 申請者本人の印かん  
 (3) 届出先の口座振替がわかるもの  
 (4) 本人確認ができるもの  
 (5) 個人番号(マイナンバー)が確認できるもの  
 (6) その他添付書類

2. 申請書の提出期限は、提出日から起算して、提出日から起算して1週間以内です。

**新しい口座振替について**

「証券預貯金」及び「分譲預貯金」の宛先は、分譲預貯金の宛先が必ず市町に納め、計上する必要があります。申請が完了後(引渡し後)まで4か月〜5か月程度かかります。

**申請書の提出期限について**

ご住所がお早々に届いた日の翌日から1年を経過すると、時効により処分を受ける権利が失われます。

**計算方法について**

「所得割」と「自己負担額(A)の合計」 = **基準額(B)** = 高齢介護給付金(要介護1以上の自己負担額)と併せて、「介護保険」の自己負担額(C)の合計となります。

【A】 自己負担額に含まれるもの		【B】 基準額(分譲分譲先基準額)	
所得割	所得	要介護1	212万円
(高齢介護給付金以外のもの)	(高齢介護給付金以外のもの)	要介護2	141万円
所得割以外の所得(要介護)サービス	所得割以外の所得(要介護)サービス	要介護3	67万円
入居料等の費用	入居料等の費用	一般	56万円
介護費用(要介護)	介護費用(要介護)	所得割(住民税)	31万円
特別養育施設入居料等	特別養育施設入居料等	所得割(住民税)	19万円
高額介護サービス費	高額介護サービス費		
高額介護サービス費(要介護)	高額介護サービス費(要介護)		

※ 所得割(要介護)または「介護保険」の自己負担額のどちらか一方が「0(ゼロ)」の場合は給付対象となりません。ただし、介護保険の自己負担額等がゼロの場合は、介護保険の自己負担額がゼロで済みます。一部の区単位がないため、医療保険分については振込みは行われませんが、介護保険分の給付額計算のため、申請書の提出をお願いします。

様式の裏面に併し、記入欄も新形式に対応したものに裏面印刷に関する説明を併録(3枚目も同様)

最終内が3枚目A3用紙右側に印字する範囲

H30所動項から課税変更(最新年度と統一)

**①成年後見人等の代理権のある方が申請される場合**

コウイキ タロウ  
 姓  
 広城 太郎  
 〒 000-0000 神奈川県○○市○○町1-1  
 000000000000  
 氏名フリガナ  
 広城 太郎  
 〒 000-0000 神奈川県○○市○○町1-1  
 000 000 0000

**②委任状の記載が必要な場合**

コウイキ タロウ  
 姓  
 広城 太郎  
 〒 000-0000 神奈川県○○市○○町1-1  
 000000000000  
 氏名フリガナ  
 広城 太郎  
 〒 000-0000 神奈川県○○市○○町1-1  
 000 000 0000

**③相続人等が申請される場合**

コウイキ タロウ  
 姓  
 広城 太郎  
 〒 000-0000 神奈川県○○市○○町1-1  
 000000000000  
 氏名フリガナ  
 広城 はな子  
 〒 000-0000 神奈川県○○市○○町1-1  
 000 000 0000

**④加入歴の記載について**

印本されていない空欄の加入歴は、計算期間の途中で75歳に達した方や、転居等で医療保険者や介護保険者の自己負担額助成金を受けず医療保険者のご利用いただく限りです。逆率、ご記載は不要です。(ご不明な点がございましたら受付窓口[申請書提出先]でご確認ください。)

加入期間	加入期間	加入期間	加入期間
加入期間	加入期間	加入期間	加入期間
加入期間	加入期間	加入期間	加入期間
加入期間	加入期間	加入期間	加入期間

**申請書提出先**

〒 000-0000 神奈川県○○市○○町1-1  
 000 000 0000

1. 任意後見人の場合は、右の例のように、委任状の本人の氏名だけでなく、成年後見人の氏名まで申請してください。  
 2. 任意後見人の場合は、任意後見人等が委任されている場合のみ、代理権者名での申請が可能です。委任されていない場合は、委任状者まで申請してください。  
 3. 後見人、相続人の場合は、専断事項等のうち第1項等、任意後見人等が委任されている場合に限って、代理権者名での申請が可能です。委任されていない場合は、委任状者まで申請してください。  
 4. 申請者本人と加えられた関係ない場合は、委任状への記載・押印が必要ですが、申請者が法人の場合は、法人の代表者を委任者として記載してください。  
 5. 相続人の代表者(法定相続人等)を申請者として記載してください。申請者が法人の場合は代表者まで記載してください。  
 6. 申請書に合わせた例に変更。

**最終内が3枚目A3用紙右側に印字する範囲**

強調は「MS Pゴシック」+大文字。それ以外は、「MS P明朝」。



3 高額介護合算療養費に係る帳票作成業務  
不支給決定通知書スペーシングチャート

SPACING CHART (A4縦)

1/10	1	2	3	4	5	6	7	8
1.6 *** **								
1								
2								
3						[1] ΔΔΔN NNNN NN(10) NNNN NNNΔ		
4						[2] NNNN N(11)N NNNΔ		
5	[3] ΔΔNN N(8)N NΔΔ							
6	[4] ΔΔNN NNNN NN(20) NNNN NNNN NNNΔ							
7	ΔΔNN NNNN NN(20) NNNN NNNN NNNΔ							
8	ΔΔNN NNNN NN(20) NNNN NNNN NNNΔ							
9	ΔΔNN NNNN NN(20) NNNN NNNN NNNΔ							
10	ΔΔNN NNNN NN(20) NNNN NNNN NNNΔ							
11	[5] ΔΔNN NNNN NN(20) NNNN NNNN NNNΔ							
12	[6] ██████████							
13		[7] XXXXX(13) XXXXX						
14								
15					[8] ΔNNN NNNN N(10)N NNNN NΔΔΔ			
16					[9] ΔNNN NNNN N(10)N NNNN NΔΔΔ			
17					[10] NNNN (10)NN NNNΔ		公印	
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								
41								
42								
43								
44								
45								
46								
47								
48								
49								
50								
51								
52								
53								
54								
55								
56								
57								
58								
59								
60								
61								
62								
63								
64								
65								
66								
67								
68								
69								
70								
71								
72								
	[1] 文書番号	[8] 発行者役職名1	[11] 給付科目	[18] 不支給理由	[20] 問い合わせ自治体情報(現住所市町村)			
	[2] 通知年月日	[9] 発行者役職名2	[12] 被保険者番号	[19] 不支給理由(詳細)	[21] 自治体問い合わせ先(組織名)			
	[3] 宛先郵便番号(先頭に「〒」置く)	[10] 発行者名	[13] 被保険者氏名(2段)		[22] 自治体郵便番号(先頭に「〒」固定)			
	[4] 宛名住所		[14] 計算対象期間		[23] 自治体住所(2段)			
	[5] 宛名氏名		[15] 計算対象期間 - 元号		[24] 自治体電話番号			
	[6] カスタマーコード		[16] 計算対象期間 - 年					
	[7] 支給申請書整理番号		[17] 申請年月日					
サブ名	帳票名		作成日	令和2年4月1日	作成者	神奈川県後期高齢者医療広域連合 給付係	帳票No.	

後期高齢者医療給付不支給決定通知書

先に申請のありました。

[11] NNNN (11)NN NNNΔ  
の不支給については、不支給と決定しましたので、通知いたします。

被保険者番号 [12] NN(8) NNNN

被保険者氏名 [13] NNNN NN(15) NNNN NNNΔ  
NNNN NN(15) NNNN NNNΔ

計算対象期間 [14] N N X X N X X N X X N NNN (NN XX 年度分) [15] [16]

申請年月日 [17] N N X X 年 X X 月 X X 日

不支給の理由 [18] NN(7)NNN!

[19] (NNNNNNNNN(20) NNNNNNNNNNN)

審査請求及び取消訴訟

この処分に関するときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、神奈川県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。  
この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと提起できませんが、審査請求をした日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき、処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。訴える場合の被告は、神奈川県後期高齢者医療広域連合です。処分又は裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月を経過したとき、処分又は裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、提訴をすることができません。ただし、正当な理由があるときは、この限りではありません。

お問い合わせ先

NNNN NN(10) NNNN NNNN [20]

NNNN NNNN NN(20) NNNN NNNN [21]

NNNN (9)NN NΔΔΔ [22]

住所 NNNN NNNN NN(20) NNNN NNNN [23]

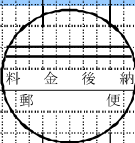
NNNN NNNN NN(20) NNNN NNNN

電話 XXXXXX(10) XXXXXXΔΔ [24]

4 支給決定通知にかかるとの帳票作成業務  
高額療養費決定通知書スペーシングチャート

# SPACING CHART (ハガキ)

1/6	1/10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1/6 ***		第34号様式													
1		① Δ Δ Δ Δ N N N N N N N N (16) N N N N N N N N Δ													
2		② N N N N N (11) N N N N N Δ													
3		支払方法 N N N N N N (16) N N N N N N N N N													
4		③ 郵便番号													
5		後期高齢者医療給付支給決定通知書													
6		④ カスタマーバーコード													
7		⑤ 支払整理番号													
8		⑥ 連番													
9		先に申請のありました⑦ N N N N (11) N N N N N Δ													
10		の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。													
11		⑧ N N (8) N N N N N													
12		被保険者番号													
13		⑨ N N N N N (15) N N N N N N N N Δ													
14		被保険者氏名													
15		⑩ N N N N N (15) N N N N N N N N Δ													
16		審査請求及び取消訴訟													
17		⑪ N N N N N (15) N N N N N N N N Δ													
18		⑫ N N N N N (15) N N N N N N N N Δ													
19		⑬ N N N N N (15) N N N N N N N N Δ													
20		⑭ N N N N N (15) N N N N N N N N Δ													
21		⑮ N N N N N (15) N N N N N N N N Δ													
22		⑯ N N N N N (15) N N N N N N N N Δ													
23		⑰ N N N N N (15) N N N N N N N N Δ													
24		⑱ N N N N N (15) N N N N N N N N Δ													
25		⑲ Δ Δ Δ Δ X X X X (13) X X X X X X X X													
26		⑳ Δ N N N N N N N N N N N N N N N N N N Δ													
27		㉑ N N N N N (11) N N N N N N N N Δ													
28		㉒ N N N N N (16) N N N N N N N N N													
29		㉓ N N N N N (20) N N N N N N N N N													
30		㉔ N N N N N (9) N N N N Δ Δ Δ													
31		㉕ N N N N N (20) N N N N N N N N N													
32		㉖ N N N N N (20) N N N N N N N N N													
33		㉗ X X X X X X X X (16) X X X X X X X X Δ Δ													
34		㉘ X X X X X X X X (16) X X X X X X X X Δ Δ													
35		㉙ X X X X X X X X (16) X X X X X X X X Δ Δ													
36		㉚ X X X X X X X X (16) X X X X X X X X Δ Δ													
37		㉛ X X X X X X X X (16) X X X X X X X X Δ Δ													
38		㉜ X X X X X X X X (16) X X X X X X X X Δ Δ													
サブ名		後期高齢者医療給付支給決定通知書 (高額療養費)													
帳票名		後期高齢者医療給付支給決定通知書 (高額療養費)													
作成日		令和2年4月1日													
作成者		神奈川県後期高齢者医療広域連合 給付係													
帳票No.		(空欄)													
備考欄		(空欄)													



① プライバシー保護のため、お知らせは内側にありますので、①・②の順に矢印方向に  
はがしを入れて中をご覧ください。なお、濡れた場合は乾いてからはがしてください。

- 【1面】
- ① 郵便番号
- ② 宛先住所(5段)
- ③ 宛先氏名(1)
- ④ カスタマーバーコード
- ⑤ 支払整理番号
- ⑥ 連番
- 【2面】
- ⑦ 文書番号
- ⑧ 通知日
- ⑨ 給付科目
- ⑩ 被保険者番号
- ⑪ 被保険者氏名(2段)
- ⑫ ⑬ 根拠となる年月等
- ⑭ ⑮ ⑯ 支給金額(円)
- ⑰ 支給期日
- ⑱ 発行者役職名1
- ⑲ 発行者役職名2
- ⑳ 発行者名
- ㉑ ※医療機関等からの連絡により、前回お知らせした金額を変更しております。
- 【3面】
- ㉒ 支払方法1(口座振込)固定表示
- ㉓ 支払方法2(金融機関名称)
- ㉔ 支払方法3(金融機関支店名称)
- ㉕ 支払方法4(口座名義人)(2段)
- ㉖ 問い合わせ自治体情報(申請受付市町村)
- ㉗ 自治体問い合わせ先(組織名)
- ㉘ 自治体郵便番号(先頭に「〒」固定)
- ㉙ 自治体住所(2段)
- ㉚ 自治体電話番号

公印

住所

電話

# SPACING CHART (ハガキ)

	1/10	1	2	3	4
1/6	****				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25	[05_高額療養費支給決定通知(KCS5)_図案_20180612.doc]を挿入				
26	[05_高額療養費支給決定通知(KCS5)_図案_20180612.doc]を挿入				
27	[05_高額療養費支給決定通知(KCS5)_図案_20180612.doc]を挿入				
28	[05_高額療養費支給決定通知(KCS5)_図案_20180612.doc]を挿入				
29	[05_高額療養費支給決定通知(KCS5)_図案_20180612.doc]を挿入				
30	[05_高額療養費支給決定通知(KCS5)_図案_20180612.doc]を挿入				
31	[05_高額療養費支給決定通知(KCS5)_図案_20180612.doc]を挿入				
32	[05_高額療養費支給決定通知(KCS5)_図案_20180612.doc]を挿入				
33	[05_高額療養費支給決定通知(KCS5)_図案_20180612.doc]を挿入				
34	①				②
35	➤	①・②の順に矢印方向にはがして中をご覧ください。			➤
36		なお、濡れた場合は乾いてからのはがしてください。			
37					
38					
サブ名		帳票名	後期高齢者医療給付支給決定通知書		

※こちらは裏面です。

## 高額療養費…医療費が高額になった場合

1か月(同じ月内)の医療費の自己負担が高額になったとき、自己負担限度を超えた分が高額療養費として払い戻されます。但し、入院時の食事代や差額ベッド代、通院のための交通費など、保険診療の対象とならないものは高額療養費の計算には入りません。

### 高額療養費の自己負担限度額 (月額)

～ 平成30年8月診療分以降 ～

所得区分	自己負担割合	外来(個人単位)	外来+入院(世帯単位)
現役並み 所得者Ⅲ	3割	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% (140,100円)※2	
現役並み 所得者Ⅱ	3割	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% (93,000円)※2	
現役並み 所得者Ⅰ	3割	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% (44,400円)※2	
一般※1	1割	18,000円※3	57,600円 (44,400円)※2
区分Ⅱ (低所得者Ⅱ)	1割	8,000円	24,600円
区分Ⅰ (低所得者Ⅰ)	1割	8,000円	15,000円

### 高額療養費の自己負担限度額 (月額)

～ 平成29年8月診療分から平成30年7月診療分まで ～

所得区分	自己負担割合	外来(個人単位)	外来+入院(世帯単位)
現役並み所得者	3割	57,600円	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% (44,400円) ※2
一般	1割	14,000円 ※3	57,600円 (44,400円) ※2
低所得者	区分Ⅱ	1割	8,000円
	区分Ⅰ	1割	8,000円

- ※1 世帯収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)で、基準収入額適用申請にて自己負担割合が1割になった場合や、「旧ただし書所得」の合計額が210万円以下の場合も含まれます。
- ※2 ( )の金額は、過去12カ月の自己負担限度額を超えた給付を3回以上受けた場合、4回目以降の給付の際に適用される自己負担限度額です(多数回該当)。  
ただし、「外来(個人単位)」が廃止されるため、現役並み所得の方は、個人の外来のみで「外来+入院(世帯単位)」の自己負担限度額に該当した場合も、多数回該当の回数に含まれます。
- ※3 計算期間(毎年8月1日から翌年7月31日)のうち、一般区分または住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の年間上限額は、144,000円となります(基準日時点[計算期日の末日]で一般区分または住民税非課税区分である方が対象)。

高額療養費に該当した方は、一度お手続きをしていただくと、次回からは自動的にご指定の口座に振り込まれるようになります。口座を変更するときは、市区町村窓口へ届出が必要です。

<補足：自己負担額表罫線の太さ>

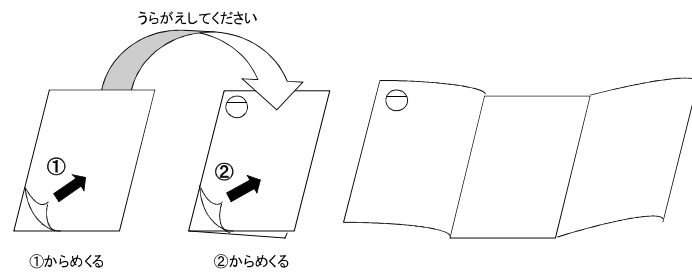
所得区分		自己負担割合	外来 (個人単位)	外来+入院 (世帯単位)
現役並み所得者				
一般				
低所得者	区分Ⅱ			
	区分Ⅰ			

上図の黒罫線・・・太い黒罫線

上図の赤罫線・・・通常の黒罫線

※ 赤罫線は区別しやすくするためのもので、実際は全て黒罫線

開け方

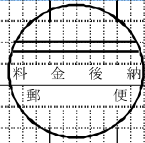




- 4 支給決定通知にかかかかる帳票作成業務  
高額療養費（外来年間合算）決定通知書スペーシングチャート

SPACING CHART (ハガキ)

1/6	1/10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															
32															
33															
34															
35															
36															
37															
38															
サブ名	帳票名	後期高齢者医療給付支給決定通知書 (高額療養費外来年間合算)				作成日	令和2年4月1日			作成者	神奈川県後期高齢者医療広域連合 給付係			帳票No.	備考欄



第35号様式  
 支払方法  
 金融機関名  
 支店名  
 口座名義人

先に申請のありました  
 の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者番号  
 被保険者氏名  
 根拠となる年月等  
 支給金額  
 支給期日

この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、神奈川県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。  
 この処分の取消しの訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと提起できませんが、審査請求をした日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき、処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。訴える場合の被告は、神奈川県後期高齢者医療広域連合です。処分又は裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月を経過したとき、処分又は裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、提起をすることができません。ただし、正当な理由があるときは、この限りではありません。

- 【1面】
- ①郵便番号
- ②宛先住所(5段)
- ③宛先氏名(1)
- ④カスタマーバーコード
- ⑤支給整理番号
- ⑥連番
- 【2面】
- ①文書番号
- ②通知日
- ③給付科目
- ④被保険者番号
- ⑤被保険者氏名(2段)
- ⑥計算対象期間1(元券から計算対象期間1月)まで
- ⑦「～」固定
- ⑧計算対象期間2(年)から計算対象期間2月)まで
- ⑨支給金額(円)
- ⑩支給期日
- ⑪発行者役職名1
- ⑫発行者役職名2
- ⑬発行者名
- 【3面】
- ①支払方法1(『口座振込』固定表示)
- ②支払方法2(金融機関名称)
- ③支払方法3(金融機関支店名称)
- ④支払方法4(口座名義人)(2段)
- ⑤問い合わせ自治体情報(申請受付市町村)
- ⑥自治体問い合わせ先(組織名)
- ⑦自治体郵便番号(先頭に「〒」固定)
- ⑧自治体住所(2段)
- ⑨自治体電話番号

② プライバシー保護のため、お知らせは内側にありますので、①・②の順に矢印方向に  
 はがして中を覗かない、なお、濡れた場合は乾いてからはがしてください。

# SPACING CHART (ハガキ)

	1/10	1	2	3	4
1/6	****				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34		①			②
35		①、②の順に矢印方向にはがして中をご覧ください。			
36		なお、濡れた場合は乾いてからはがしてください。			
37					
38					
サブ名		帳票名	後期高齢者医療給付支給決定通知書		

「14\_高額療養費外来年間合算支給決定通知書\_図案\_20180612.doc」を挿入

①

②

①、②の順に矢印方向にはがして中をご覧ください。  
 なお、濡れた場合は乾いてからはがしてください。

※こちらは裏面です。

## 高額療養費【外来年間合算】

計算期間(毎年8月1日から翌年7月31日)のうち、一般区分または住民税非課税区分(区分Ⅰ・区分Ⅱ)であった月の外来の自己負担額が144,000円を超えた場合、その超えた分が払い戻されます(基準日時点(計算期間の末日)で一般区分または非課税区分である方が対象です。)

### 高額療養費【外来年間合算】の基準額(年額)

所得区分		自己負担割合	高額療養費【外来年間合算】の基準額 計算期間：毎年8月1日～翌年7月31日
一般		1割	14万4千円
非課税区分	区分Ⅱ	1割	
	区分Ⅰ	1割	

- ※1 計算期間(毎年8月1日から翌年7月31日)のうち、一般区分または住民税非課税区分であった月の外来療養に係るの自己負担額が対象です。
- ※2 基準日時点(計算期間の末日)で一般区分または非課税区分である方が対象です。

### よくあるご質問

Q1 なぜ、高額療養費【外来年間合算】制度が始まったのですか？

高額療養費(月間)の上限額を見直すことに伴い、年間を通して長期医療を受けている方の負担が増えないよう配慮する観点から、新たに始まりました。

Q2 所得区分一般とは何ですか？

世帯収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)で、基準収入額適用申請にて自己負担割合が1割になった場合や、「旧ただし書所得」の合計額が210万円以下の場合も含まれます。

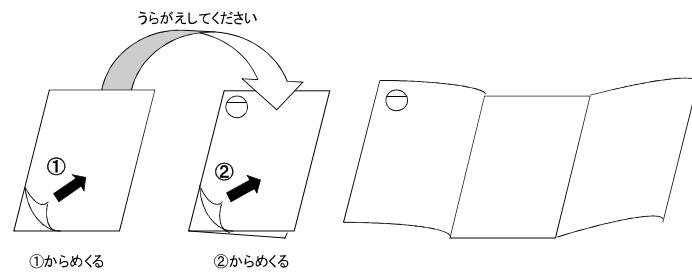
Q3 薬局(調剤)や歯科(歯医者)などの自己負担額も含まれますか？

高額療養費【外来年間合算】の対象となる自己負担額は、薬局(調剤)や歯科(歯医者)などの自己負担額も含まれます。ただし、国が認めていない薬などの、保険適用外となる自己負担額は含みません。

Q4 高額療養費【外来年間合算】に該当した場合は、毎年申請が必要ですか？

過去、高額療養費(月間)に該当され申請をされた方や、一度高額療養費【外来年間合算】に該当し、申請をされた方については、新たな申請は必要ありません(計算期間内に医療保険の変更をした方は除く)。  
口座の変更をご希望の方は、後期高齢者医療給付費口座変更申請書の申請が必要となります。

開け方



- 4 支給決定通知にかかかかる帳票作成業務  
高額介護合算療養費決定通知書スペーシングチャート

SPACING CHART (ハガキ)

1/10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1/6	***													
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														
32														
33														
34														
35														
36														
37														
38														
サブ名	帳票名	後期高齢者医療給付支給決定通知書	作成日	令和2年4月1日	作成者	神奈川県後期高齢者医療広域連合 給付係	帳票No.	備考欄						

検討課題

- ・
- ・
- ・

SPACING CHART (ハガキ)

1/6	1/10	1	2	3	4
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25	[04_高額介護合算療養費支給決定通知書(KCS1)図案_2020.doc]を挿入				
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35	①の方向に矢印方向に沿って中を「割」ください。				
36	なお、濡れた場合は乾いてからはがしてください。				
37					
38					
サブ名	帳票名	後期高齢者医療給付支給決定通知書			

検討課題

- .
- .
- .



こちらは裏面です。

# 高額介護合算療養費

医療保険上の同一世帯の被保険者において、医療保険の負担と介護保険の負担の両方が発生し、その合計が基準額(介護合算算定基準額【下表参照】)を超えた場合、その超えた分が戻ります。

高額介護合算療養費の基準額 (年額)

所得区分	自己負担割合	介護合算算定基準額(計算期間:毎年8月～翌7月)	
		平成30年7月31日まで	平成30年8月1日以降 ※
現役並み所得者Ⅲ	3割	67万円	212万円
現役並み所得者Ⅱ			141万円
現役並み所得者Ⅰ			67万円
一般	1割		56万円
区分Ⅱ(低所得者Ⅱ)			31万円
区分Ⅰ(低所得者Ⅰ)			19万円

Q1 所得区分について教えてください。

自己負担割合	所得区分	判定基準	
3割	課税	現役並み所得者Ⅲ	市町村民税課税所得が690万円以上の被保険者本人および同一世帯に属する被保険者
		現役並み所得者Ⅱ	市町村民税課税所得が380万円以上の被保険者本人および同一世帯に属する被保険者
		現役並み所得者Ⅰ	市町村民税課税所得が145万円以上の被保険者本人および同一世帯に属する被保険者
1割	非課税	一般	現役並み所得Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ、区分Ⅱ、区分Ⅰ以外の被保険者
		区分Ⅱ(低所得者Ⅱ)	世帯の全員が市町村民税非課税の方(区分Ⅰ以外の被保険者)
		区分Ⅰ(低所得者Ⅰ)	世帯の全員が市町村民税非課税で、その世帯全員の個々の所得(年金の所得は控除額を80万円として計算)が0円となる被保険者世帯の全員が市町村民税非課税であり、かつ、被保険者本人が老齢福祉年金を受給している方(区分Ⅰ老齢福祉年金受給者)

※ 医療保険制度の持続可能性を高めるため、世代間、世代内の負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から、算定基準額等が見直されました。

Q2 高額介護合算療養費に該当した場合は、毎年申請が要りますか？  
 年度ごとにご申請していただく必要があります。なお、該当した場合には毎年申請書を送付いたします。

Q3 介護保険分が振り込まれていないのはなぜですか？  
 「医療保険」分と「介護保険」分は別々に振り込まれます。  
 なお、「介護保険」分の振込みは、再度計算を行うため、「医療保険」分の振込みよりも時間を要します。  
 介護保険からの払い戻し分は、ご加入の市区町村介護保険の担当課から後日、通知書でお知らせします。

Q4 申請書に記載されている給付予定額(見込)と実際の支給金額が異なるのは何故ですか？

「お知らせ」作成後に以下の情報に変更があった場合には、正しい情報で計算し直すため、「お知らせ」に記載されている給付予定額(見込)と実際の支給金額が異なります。なお、表面(オモテ)に記載されている支給金額が振り込まれます。

- (ア) 世帯の所得区分
- (イ) 医療機関から広域連合に提出される自己負担額情報
- (ウ) 介護施設等から市町村に提出される自己負担額情報

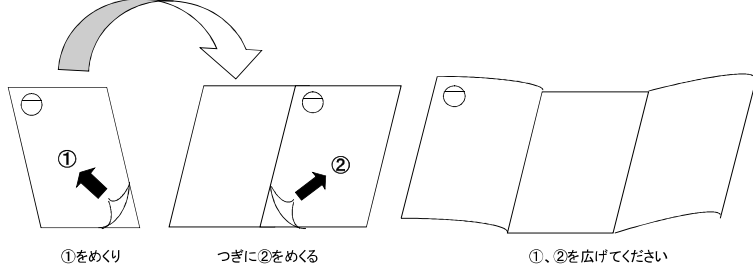
Q5 記載されている口座は、すでに解約されていますがどうしたらいいですか？

解約されている口座に振込みできなかった場合には、広域連合から後日(振込日から2週間程度後)、新たな振込先口座を申請していただくための書類を送付いたします。

なお、書類が届く前に手続きをされたい方は申請書を提出した市区町村窓口で事前に手続きすることもできます。  
 ※書類が届く前に手続きされる場合は、市区町村窓口へ申請に必要なものを事前にお問い合わせください。

開け方

うらがえしてください



4 支給決定通知にかかるとの帳票作成業務  
療養費支給決定通知書スペーシングチャート

SPACING CHART (ハガキ)

1/10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	第33号様式													【1面】
2	①△△△NNNNNNNN(16)NNNNNNNN△													①郵便番号
3	②NNNNNN(11)NNNN△													②宛先住所(5段)
4	支払方法													③宛先氏名( )
5	金融機関名													④カスタマーバーコード
6	支店名													⑤支給整理番号
7	口座名義人													⑥連番
8	先に申請のありました⑩NNNN(11)NNNN△													【2面】
9	の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。													①支書番号
10	④													②通知日
11	被保険者番号													③給付科目
12	被保険者氏名													④被保険者番号
13	⑤NNNNNN(15)NNNNNNNN△													⑤被保険者氏名(2段)
14	審査請求及び取消訴訟													⑥～⑩根拠となる年月等
15	根拠となる年月等													⑪～⑬支給種別
16	種別													⑭～⑯支給金額(円)
17	支給金額													21支給期日
18	⑩ NN(8)NNNN△													22発行者後職名1
19	⑪ NN(9)NNNNNN													23発行者後職名2
20	⑫ ZIZI ZIZI ZIZI △N													24発行者名
21	⑬ NN(8)NNNN△													【3面】
22	⑭ NN(9)NNNNNN													①支払方法1(「口座振込」固定表示)
23	⑮ ZIZI ZIZI ZIZI △N													②支払方法2(金融機関名称)
24	⑯ NN(8)NNNN△													③支払方法3(金融機関支店名称)
25	⑰ NN(9)NNNNNN													④支払方法4(口座名義人)(2段)
26	⑱ ZIZI ZIZI ZIZI △N													⑤問い合わせ自治体情報(申請受付市町村)
27	⑲ NN(8)NNNN△													⑥問い合わせ自治体情報(申請受付市町村)
28	⑳ NN(9)NNNNNN													⑦自治体郵便番号(先頭に「〒」固定)
29	㉑ ZIZI ZIZI ZIZI △N													⑧自治体住所(2段)
30	㉒ NN(8)NNNN△													⑨自治体電話番号
31	㉓ NN(9)NNNNNN													
32	㉔ ZIZI ZIZI ZIZI △N													
33	㉕ NN(8)NNNN△													
34	㉖ NN(9)NNNNNN													
35	㉗ ZIZI ZIZI ZIZI △N													
36	㉘ NN(8)NNNN△													
37	㉙ NN(9)NNNNNN													
38	㉚ ZIZI ZIZI ZIZI △N													
サブ名	帳票名	後期高齢者医療給付支給決定通知書	作成日	令和2年4月1日	作成者	神奈川県後期高齢者医療広域連合 給付係	帳票No.	備考欄						

検討課題

- ・
- ・
- ・

SPACING CHART (ハガキ)

	1/10	1	2	3	4
1/6	***				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
サブ名	帳票名 後期高齢者医療給付支給決定通知書				

検 討 課 題

- .
- .
- .

4 支給決定通知にかかかかる帳票作成業務

療養費（負担割合差額）支給決定通知書スペーシングチャート

SPACING CHART (ハガキ)

1/10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	第2号様式													【1面】
2	後期高齢者医療給付支給決定通知書													①郵便番号
3	先に申請のありました受給者の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。													②宛先住所(5段)
4	被保険者番号 NN(8)NNNN													③宛先氏名(1)
5	被保険者氏名 NN(8)NNNN													④カスタマーバーコード
6	支払方法 NN(8)NNNN													⑤支給整理番号
7	金融機関名 NN(8)NNNN													⑥通番
8	支店名 NN(8)NNNN													【2面】
9	口座名義人 NN(8)NNNN													①文書番号
10	※口座解約等により振込みができなかった場合は、新しい振込先をご記入いただく申請用紙をお送りいたします。													②通知日
11	根拠となる年月等													③給付科目
12	種別													④被保険者番号
13	支給金額													⑤被保険者氏名(2段)
14	⑩ NN(8)NNNΔ													⑥～⑩根拠となる年月等
15	⑪ NN(9)NNNNN													①～⑤支給種別
16	⑫ ZIZI ZIZI ZIZI ΔN													⑥～⑩支給金額(円)
17	⑬ NN(8)NNNΔ													⑪～⑯支給種別
18	⑭ NN(9)NNNNN													⑯～⑳支給金額(円)
19	⑮ ZIZI ZIZI ZIZI ΔN													㉑支給期日
20	⑯ NN(8)NNNΔ													㉒発行者後職名1
21	⑰ NN(9)NNNNN													㉓発行者後職名2
22	⑱ ZIZI ZIZI ZIZI ΔN													㉔発行者名
23	⑲ NN(8)NNNΔ													【3面】
24	⑳ NN(9)NNNNN													①支払方法1(口座振込)固定表示
25	⑳ NN(8)NNNΔ													②支払方法2(金融機関名称)
26	⑳ NN(9)NNNNN													③支払方法3(金融機関支店名称)
27	⑳ NN(8)NNNΔ													④支払方法4(口座名義人)(2段)
28	⑳ NN(9)NNNNN													⑤問い合わせ自治体情報(申請受付市町村)
29	⑳ NN(8)NNNΔ													⑥自治体問い合わせ先(組織名)
30	⑳ NN(9)NNNNN													⑦自治体郵便番号(先頭に「〒」固定)
31	⑳ NN(8)NNNΔ													⑧自治体住所(2段)
32	⑳ NN(9)NNNNN													⑨自治体電話番号
33	⑳ NN(8)NNNΔ													
34	⑳ NN(9)NNNNN													
35	⑳ NN(8)NNNΔ													
36	⑳ NN(9)NNNNN													
37	⑳ NN(8)NNNΔ													
38	⑳ NN(9)NNNNN													
サブ名	帳票名		後期高齢者医療給付支給決定通知書		作成日	令和2年4月1日		作成者	神奈川県後期高齢者医療広域連合 給付係		帳票No.	備考欄		

検討課題

- ・
- ・
- ・

SPACING CHART (ハガキ)

1/6	1/10	1	2	3	4
1	***				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
サブ名	帳票名	後期高齢者医療給付支給決定通知書			

検討課題

.  
.  
.



4 支給決定通知にかかかかる帳票作成業務  
葬祭費支給決定通知書スペーシングチャート

SPACING CHART (ハガキ)

1/10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14							
1	第35号様式													【1面】							
2														①郵便番号							
3														②宛先住所(5段)							
4	①△△△NNNNNNNN(16)NNNNNNNN△													支払方法	NNNNNN(16)NNNNNNNN	③宛先氏名(1)					
5	②NNNNN(11)NNNN△													金融機関名	NNNNNN(16)NNNNNNNN	④カスターマーバーコード					
6	料 金 後 納													支店名	NNNNNN(16)NNNNNNNN	⑤支給整理番号					
7	郵 便													口座名義人	NNNNNN(16)NNNNNNNN	⑥連番					
8	後期高齢者医療給付支給決定通知書													※口座解約等により振込みができなかった場合は、新しい振込先を ご記入いただく申請用紙をお送りいたします。							
9														【2面】							
10	先に申請のありました													①文書番号							
11	③NNNN(11)NNNN△													②通知日							
12	の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。													③給付科目							
13	NN(8)NNNN													④被保険者番号							
14	NNNNNNNNN(20)N NNNNNNNNN													⑤被保険者氏名(2段)							
15	NNNNNNNNN(20)N NNNNNNNNN													⑥根拠となる年月等							
16	NNNNNNNNN(20)N NNNNNNNNN													⑦支給金額(円)							
17	NNNNNNNNN(20)N NNNNNNNNN													⑧支給期日							
18														⑨発行者役職名1							
19	④													⑩発行者名							
20	⑤													⑪発行者役職名2							
21	⑥													⑫発行者名							
22	⑦													⑬発行者役職名1							
23	⑧													⑭発行者役職名2							
24	⑨													⑮発行者名							
25	※支給期日に振込手続を行っておりますが、金融機関によって、口座に入金 されるのは支給期日から5日程度後になる場合があります。													正当な理由があるときは、この限りではありません。							
26	差出人 神奈川県後期高齢者医療広域連合													①支払方法1(「口座振込」固定表示)							
27														②支払方法2(金融機関名称)							
28	問い合わせ先 業務委託者 神奈川県国民健康保険団体連合会													③支払方法3(金融機関支店名称)							
29	〒220-0003													④支払方法4(口座名義人)(2段)							
30	住所 神奈川県横浜西区楠町27番地1													⑤問い合わせ自治体情報(申請受付市町村)							
31	⑥													⑥自治体問い合わせ(組織名)							
32	電話 045-329-3454(給付支給担当)													⑦自治体郵便番号(先頭に「〒」固定)							
33	NN(8)NNNNN													⑧自治体住所(2段)							
34														⑨自治体電話番号							
35	プライバシー保護のため、お知らせは内側にありますので、右下封印の はがししてください。なお、濡れた場合は乾いてからはがしてください。																				
36																					
37																					
38																					
サブ名	後期高齢者医療給付支給決定通知書													作成日	令和2年4月1日	作成者	神奈川県後期高齢者医療広域連合 給付係	帳票No.		備考欄	

検 討 課 題

- ・
- ・
- ・

SPACING CHART (ハガキ)

	1/10	1	2	3	4
1/6	***				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
サブ名	帳票名				後期高齢者医療給付支給決定通知書

検討課題

- .
- .
- .

別紙4 提供データにおける文字の標準仕様について

項目	
文字コード	全角：UTF-16-BE 半角：UTF-8 BOM なし
文字集合	住基ネット統一文字+外字
文字フォント	KAJO_J 明朝
外字ファイル	KAJO_JM.TTE KAJO_JM.EUF
外字フォント	KAJO_J 明朝 (外字)
未登録外字	全角空白
ユーザー外字	BMP の PUA 領域 U+E000～U+F8FF (6,400 文字) のみを使用

令和4年度電算処理システムバッチ帳票作成等業務委託 日程表

※令和4年度のシステム運用日程が確定していないため暫定の日程となっております。

システム処理日確定後に受託者と協議の上で最終日程を確定します。

	支給日	納品日 <small>※葬祭費・療養費 は国保連納品</small>	印字データ	帳票印字データ									
			引渡日	高額	高額 外来年間	高額介護合算	支給決定通知						
			引渡日	申請書 お知らせ	申請書 お知らせ	不支給 決定通知	高額	外来 合算	介護 合算	療養	葬祭		
令和4年	4月19日(火)	4月12日(火)	4月1日(金)	◎			◎					◎	
	5月6日(金)	4月22日(金)	4月14日(水)			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	5月19日(木)	5月12日(木)	4月25日(月)(葬祭)										◎
			5月6日(金)(高額)	◎			◎						
	6月6日(月)	5月27日(金)	5月20日(金)			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	6月20日(月)	6月13日(月)	6月2日(木)	◎			◎					◎	
	7月4日(月)	6月27日(月)	6月16日(木)			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	7月19日(火)	7月11日(月)	6月30日(木)	◎			◎					◎	
	8月4日(木)	7月27日(水)	7月14日(木)			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	8月19日(金)	8月12日(金)	8月3日(火)	◎			◎					◎	
	9月5日(月)	8月30日(月)	8月19日(金)			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	9月20日(火)	9月12日(月)	9月1日(木)	◎			◎					◎	
	10月4日(火)	9月26日(月)	9月14日(水)			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	10月19日(水)	10月11日(火)	10月3日(月)	◎			◎					◎	
11月4日(金)	10月26日(水)	10月17日(月)			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
11月21日(月)	11月11日(金)	11月1日(火)	◎			◎					◎		
12月5日(月)	11月29日(月)	11月18日(木)		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
12月19日(月)	12月12日(月)	12月1日(木)	◎			◎					◎		
令和5年	1月4日(水)	12月21日(火)	12月14日(水)			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	1月19日(木)	1月12日(木)	12月28日(火)	◎			◎					◎	
	2月6日(月)	1月27日(金)	1月19日(木)			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	2月20日(月)	2月14日(月)	2月1日(火)	◎			◎					◎	
	3月6日(月)	2月24日(金)	2月16日(木)			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
	3月20日(月)	3月13日(月)	3月1日(水)	◎			◎					◎	
	4月4日(火)	3月27日(月)	3月16日(木)			◎	◎	◎	◎	◎	◎		

(1) 高額療養費に係る帳票作成業務

ア 勤奨通知作成等業務	仕様	想定数量/回	回数	単価	小計
勤奨通知作成 (用紙印刷)	A3カット紙、1c/1c	22,500 部	4 回		
封筒作成	洋形0号窓付、1c/1c、裏地紋	22,500 部	4 回		
勤奨通知作成 (データ印字)		7,500 件	12 回		
封入封かん		7,500 件	12 回		

(1) 合計 0

(2) 高額療養費 (外来年間合算) に係る帳票作成業務

ア 勤奨通知作成等業務	仕様	想定数量/回	回数	単価	小計
勤奨通知作成 (用紙印刷)	A3カット紙、1c/1c	3,500 部	1 回		
封筒作成	洋形0号窓付、1c/0c、裏地紋	3,500 部	1 回		
勤奨通知作成 (データ印字)		3,500 件	1 回		
封入封かん		3,500 件	1 回		

(2) 合計 0

(3) 高額介護合算療養費に係る帳票作成業務

ア 勤奨通知作成等業務	仕様	想定数量/回	回数	単価	小計
勤奨通知作成 (用紙印刷) ※2	A3ロール紙 (全面カーボン有)、2c/0c	105,000 セット	1 回		
同封文書① (申立書)	A4 3P 1P上頁70kg 2・3P N50ブルー発色(複写) 左綴り	19,000 セット	1 回		
同封文書② (アスタリスク補足)	A4 普通紙、1c/0c	16,500 部	1 回		
同封文書③ (複数人世帯の申請方法)	A4 普通紙、1c/0c	16,500 部	1 回		
封筒作成 ※1	勤奨通知二つ折り (A4)、1c/0c、裏地紋	103,000 部	1 回		
勤奨通知作成 (データ印字)		※2に含む	- 回		
封入封かん	1点封入	50,000 件	1 回		
	n点封入	33,500 件	1 回		

イ 再勤奨通知作成等業務	仕様	想定数量/回	回数	単価	小計
再勤奨通知作成 (用紙印刷) ※3	A3ロール紙 (全面カーボン有)、2c/0c	6,000 セット	1 回		
同封文書作成	A4 普通紙、1c/0c	700 部	1 回		
封筒作成	勤奨通知二つ折り (A4)、1c/0c、裏地紋	※1に含む	- 回		
再勤奨通知作成 (データ印字)		※3に含む	- 回		
封入封かん	1点封入	5,300 件	1 回		
	n点封入	700 件	1 回		

エ 不支給決定通知書作成等業務	仕様	想定数量/回	回数	単価	小計
不支給決定通知書作成 (印刷・データ印字)	A4 普通紙、2c/0c	250 部	8 回		
不支給決定通知書作成 (印刷・データ印字)	A4 普通紙、2c/0c	2,500 部	4 回		
同封文書作成	A4 普通紙、1c/1c	250 部	8 回		
同封文書作成	A4 普通紙、1c/1c	2,500 部	4 回		
封筒作成	洋形0号窓付、1c/0c、裏地紋	12,500 部	1 回		
封入封かん		250 件	8 回		
封入封かん		2,500 件	4 回		

(3) 合計 0

(4) 支給決定通知に係る帳票作成業務

ア	高額療養費支給決定通知書作成等業務	仕様	想定数量/回	回数	単価	小計
	支給決定通知書作成 (用紙印刷)	Z折圧着はがき、2c/1c	240,000 部	4 回		
	支給決定通知書作成 (用紙印刷)	Z折圧着はがき、2c/1c	654,000 部	1 回		
	〃 (データ印字)		80,000 件	12 回		
	〃 (データ印字)		198,000 件	2 回		
	〃 (データ印字)		258,000 件	1 回		
イ	高額療養費 (外來年間合算) 支給決定通知書作成等業務	仕様	想定数量/回	回数	単価	小計
	支給決定通知書作成 (用紙印刷)	Z折圧着はがき、2c/1c	4,000 部	2 回		
	〃 (データ印字) (12月)		3,800 件	2 回		
	〃 (データ印字) (4~3月/12月除く)		20 件	11 回		
ウ	高額介護合算療養費支給決定通知書作成等業務	仕様	想定数量/回	回数	単価	小計
	支給決定通知書作成 (用紙印刷)	Z折圧着はがき、2c/1c	22,000 部	4 回		
	〃 (データ印字)		7,300 件	12 回		
エ	療養費支給決定通知書作成等業務	仕様	想定数量/回	回数	単価	小計
	支給決定通知書作成 (用紙印刷)	Z折圧着はがき、2c/1c	8,000 部	4 回		
	〃 (データ印字)		2,600 件	12 回		
オ	療養費 (負担割合差額) 支給決定通知書作成等業務	仕様	想定数量/回	回数	単価	小計
	支給決定通知書作成 (用紙印刷)	Z折圧着はがき、2c/1c	700 部	4 回		
	〃 (データ印字)		200 件	12 回		
カ	葬祭費支給決定通知書作成等業務	仕様	想定数量/回	回数	単価	小計
	支給決定通知書作成 (用紙印刷)	Z折圧着はがき、2c/1c	15,500 部	4 回		
	〃 (データ印字)		2,600 件	24 回		
キ	その他	仕様	想定数量/回	回数	単価	小計
各支給決定通知書シーリング	4日払 (イ・ウ・エ・オ・カ)		13,000 件	12 回		
	19日払 (ア・カ)		83,000 件	12 回		
	19日払 (ア・カ)		198,000 件	2 回		
	19日払 (ア・カ)		258,000 件	1 回		
印刷プログラム等作成・修正費用		一式	12 回			
搬送費用	国保連及び広域連合納品		一式	24 回		

(4) 合計 0

(1) ~ (4) 合計 0

※税抜金額

## 令和4年度電算処理システムバッチ帳票作成等業務委託 単価表別表

## (1) 高額療養費に係る帳票作成業務

## ア 高額療養費勧奨通知作成 (用紙印刷) (想定数量: 22,500部/4回)

数 量			単価	数 量			単価
999枚まで固定額				30,000	～	34,999	
1,000	～	4,999		35,000	～	39,999	
5,000	～	9,999		40,000	～	44,999	
10,000	～	14,999		45,000	～	49,999	
15,000	～	19,999		50,000	～	54,999	
20,000	～	24,999		55,000	～	59,999	
25,000	～	29,999		60,000	～	64,999	

## イ 高額療養費勧奨通知封筒作成 (想定数量: 22,500部/4回)

数 量			単価	数 量			単価
999枚まで固定額				30,000	～	34,999	
1,000	～	4,999		35,000	～	39,999	
5,000	～	9,999		40,000	～	44,999	
10,000	～	14,999		45,000	～	49,999	
15,000	～	19,999		50,000	～	54,999	
20,000	～	24,999		55,000	～	59,999	
25,000	～	29,999		60,000	～	64,999	



## 令和4年度電算処理システムバッチ帳票作成等業務委託 単価表別表

## (1) 高額療養費に係る帳票作成業務

## ウ 高額療養費勧奨通知データ印字 (想定数量: 7,500件)

数 量	単価	数 量	単価
999枚まで固定単価		6,000 ~ 6,999	
1,000 ~ 1,999		7,000 ~ 7,999	
2,000 ~ 2,999		8,000 ~ 8,999	
3,000 ~ 3,999		9,000 ~ 9,999	
4,000 ~ 4,999		10,000 ~ 10,999	
5,000 ~ 5,999		11,000 ~ 11,999	

## エ 高額療養費勧奨通知封入封かん (想定数量: 7,500件)

数 量	単価	数 量	単価
999枚まで固定額		6,000 ~ 6,999	
1,000 ~ 1,999		7,000 ~ 7,999	
2,000 ~ 2,999		8,000 ~ 8,999	
3,000 ~ 3,999		9,000 ~ 9,999	
4,000 ~ 4,999		10,000 ~ 10,999	
5,000 ~ 5,999		11,000 ~ 11,999	

## 令和4年度電算処理システムバッチ帳票作成等業務委託 単価表別表

## (2) 高額療養費（外来年間合算）に係る帳票作成業務

## 高額療養費（外来年間合算）勸奨通知用紙印刷（想定数量：3,500部）

数 量		単価	数 量		単価
999枚まで固定額			6,000	～	6,999
1,000	～	1,999	7,000	～	7,999
2,000	～	2,999	8,000	～	8,999
3,000	～	3,999	9,000	～	9,999
4,000	～	4,999	10,000	～	10,999
5,000	～	5,999	11,000	～	11,999

## 高額療養費（外来年間合算）勸奨通知封筒作成（想定数量：3,500部）

数 量		単価	数 量		単価
999枚まで固定額			6,000	～	6,999
1,000	～	1,999	7,000	～	7,999
2,000	～	2,999	8,000	～	8,999
3,000	～	3,999	9,000	～	9,999
4,000	～	4,999	10,000	～	10,999
5,000	～	5,999	11,000	～	11,999

## 高額療養費（外来年間合算）勸奨通知支給申請書データ印字（想定数量：3,500件）

数 量		単価	数 量		単価
999枚まで固定額			6,000	～	6,999
1,000	～	1,999	7,000	～	7,999
2,000	～	2,999	8,000	～	8,999
3,000	～	3,999	9,000	～	9,999
4,000	～	4,999	10,000	～	10,999
5,000	～	5,999	11,000	～	11,999

## 令和4年度電算処理システムバッチ帳票作成等業務委託 単価表別表

## (2) 高額療養費（外来年間合算）に係る帳票作成業務

高額療養費（外来年間合算）勸奨通知封入封かん（想定数量：3,500件）

数 量	単価	数 量	単価
999枚まで固定額		6,000 ~ 6,999	
1,000 ~ 1,999		7,000 ~ 7,999	
2,000 ~ 2,999		8,000 ~ 8,999	
3,000 ~ 3,999		9,000 ~ 9,999	
4,000 ~ 4,999		10,000 ~ 10,999	
5,000 ~ 5,999		11,000 ~ 11,999	

## 令和4年度電算処理システムバッチ帳票作成等業務委託 単価表別表

## (3) 高額介護合算療養費に係る帳票作成業務

ア・イ 高額介護合算勧奨通知・再勧奨通知作成等共通業務

高額介護合算勧奨通知封筒作成 (想定数量: 103,000部)

数 量		単価	数 量		単価
999枚まで固定額			70,000	～	74,999
1,000	～	4,999	75,000	～	79,999
5,000	～	9,999	80,000	～	84,999
10,000	～	14,999	85,000	～	89,999
15,000	～	19,999	90,000	～	94,999
20,000	～	24,999	95,000	～	99,999
25,000	～	29,999	100,000	～	104,999
30,000	～	34,999	105,000	～	109,999
35,000	～	39,999	110,000	～	114,999
40,000	～	44,999	115,000	～	119,999
45,000	～	49,999	120,000	～	124,999
50,000	～	54,999	125,000	～	129,999
55,000	～	59,999	130,000	～	134,999
60,000	～	64,999	135,000	～	139,999
65,000	～	69,999	140,000	～	144,999

## 令和4年度電算処理システムバッチ帳票作成等業務委託 単価表別表

## (3) 高額介護合算療養費に係る帳票作成業務

高額介護合算勸奨通知封入封かん (1点封入) (想定数量: 勸奨通知50,000件 再勸奨通知5,300件)

数 量	単価	数 量	単価
999枚まで固定額		40,000 ~ 44,999	
1,000 ~ 4,999		45,000 ~ 49,999	
5,000 ~ 9,999		50,000 ~ 54,999	
10,000 ~ 14,999		55,000 ~ 59,999	
15,000 ~ 19,999		60,000 ~ 64,999	
20,000 ~ 24,999		65,000 ~ 69,999	
25,000 ~ 29,999		70,000 ~ 74,999	
30,000 ~ 34,999		75,000 ~ 79,999	
35,000 ~ 39,999		80,000 ~ 84,999	

高額介護合算勸奨通知封入封かん (n点封入) (想定数量: 勸奨通知33,500件 再勸奨通知700件)

数 量	単価	数 量	単価
999枚まで固定額		40,000 ~ 44,999	
1,000 ~ 4,999		45,000 ~ 49,999	
5,000 ~ 9,999		50,000 ~ 54,999	
10,000 ~ 14,999		55,000 ~ 59,999	
15,000 ~ 19,999		60,000 ~ 64,999	
20,000 ~ 24,999		65,000 ~ 69,999	
25,000 ~ 29,999		70,000 ~ 74,999	
30,000 ~ 34,999		75,000 ~ 79,999	
35,000 ~ 39,999		80,000 ~ 84,999	

## 令和4年度電算処理システムバッチ帳票作成等業務委託 単価表別表

## (3) 高額介護合算療養費に係る帳票作成業務

## ア 高額介護合算勧奨通知作成等業務

高額介護合算勧奨通知用紙印刷・データ印字 (想定数量: 105,000セット)

数 量		単価	数 量		単価
999枚まで固定額			60,000	～	64,999
1,000	～	4,999	65,000	～	69,999
5,000	～	9,999	70,000	～	74,999
10,000	～	14,999	75,000	～	79,999
15,000	～	19,999	80,000	～	84,999
20,000	～	24,999	85,000	～	89,999
25,000	～	29,999	90,000	～	94,999
30,000	～	34,999	95,000	～	99,999
35,000	～	39,999	100,000	～	104,999
40,000	～	44,999	105,000	～	109,999
45,000	～	49,999	110,000	～	114,999
50,000	～	54,999	115,000	～	119,999
55,000	～	59,999	120,000	～	124,999

## 令和4年度電算処理システムバッチ帳票作成等業務委託 単価表別表

## (3) 高額介護合算療養費に係る帳票作成業務

高額介護合算勧奨通知同封文書① (申立書) 印刷 (想定数量: 19,000セット)

数 量		単価	数 量		単価
999枚まで固定額			12,000	～	12,999
1,000	～	1,999	13,000	～	13,999
2,000	～	2,999	14,000	～	14,999
3,000	～	3,999	15,000	～	15,999
4,000	～	4,999	16,000	～	16,999
5,000	～	5,999	17,000	～	17,999
6,000	～	6,999	18,000	～	18,999
7,000	～	7,999	19,000	～	19,999
8,000	～	8,999	20,000	～	20,999
9,000	～	9,999	21,000	～	21,999
10,000	～	10,999	22,000	～	22,999
11,000	～	11,999	23,000	～	23,999

高額介護合算勧奨通知同封文書② (アスタリスク補足) 印刷 (想定数量: 16,500部)

数 量		単価	数 量		単価
999枚まで固定額			10,000	～	10,999
1,000	～	1,999	11,000	～	11,999
2,000	～	2,999	12,000	～	12,999
3,000	～	3,999	13,000	～	13,999
4,000	～	4,999	14,000	～	14,999
5,000	～	5,999	15,000	～	15,999
6,000	～	6,999	16,000	～	16,999
7,000	～	7,999	17,000	～	17,999
8,000	～	8,999	18,000	～	18,999
9,000	～	9,999	19,000	～	19,999

## 令和4年度電算処理システムバッチ帳票作成等業務委託 単価表別表

## (3) 高額介護合算療養費に係る帳票作成業務

高額介護合算勧奨通知同封文書③（複数人世帯の申請方法）印刷（想定数量：16,500部）

数 量		単価	数 量		単価
999枚まで固定額			10,000	～	10,999
1,000	～	1,999	11,000	～	11,999
2,000	～	2,999	12,000	～	12,999
3,000	～	3,999	13,000	～	13,999
4,000	～	4,999	14,000	～	14,999
5,000	～	5,999	15,000	～	15,999
6,000	～	6,999	16,000	～	16,999
7,000	～	7,999	17,000	～	17,999
8,000	～	8,999	18,000	～	18,999
9,000	～	9,999	19,000	～	19,999



## 令和4年度電算処理システムバッチ帳票作成等業務委託 単価表別表

## (3) 高額介護合算療養費に係る帳票作成業務

## イ 高額介護合算再勧奨通知作成等業務

高額介護合算再勧奨通知用紙印刷・データ印字 (想定数量: 6,000セット)

数 量	単価	数 量	単価
999枚まで固定額		5,000 ~ 5,999	
1,000 ~ 1,999		6,000 ~ 6,999	
2,000 ~ 2,999		7,000 ~ 7,999	
3,000 ~ 3,999		8,000 ~ 8,999	
4,000 ~ 4,999		9,000 ~ 9,999	

高額介護合算再勧奨通知同封文書印刷 (想定数量: 700部)

数 量	単価	数 量	単価
999枚まで固定額		3,000 ~ 3,999	
1,000 ~ 1,999		4,000 ~ 4,999	
2,000 ~ 2,999		5,000 ~ 5,999	

## 令和4年度電算処理システムバッチ帳票作成等業務委託 単価表別表

## (3) 高額介護合算療養費に係る帳票作成業務

## ウ 高額介護合算不支給決定通知書作成等業務

高額介護合算不支給決定通知書用紙印刷・データ印字 (想定数量: 250部/8回 2,500部/4回)

数 量	単価	数 量	単価
499枚まで固定額		1,500 ~ 1,999	
500 ~ 999		2,000 ~ 2,499	
1,000 ~ 1,499		2,500 ~ 2,999	

高額介護合算不支給決定通知同封文書印刷 (想定数量: 250部/8回 2,500部/4回)

数 量	単価	数 量	単価
499枚まで固定額		1,500 ~ 1,999	
500 ~ 999		2,000 ~ 2,499	
1,000 ~ 1,499		2,500 ~ 2,999	

高額介護合算不支給決定通知封入封かん (想定数量: 250件/8回 2,500件/4回)

数 量	単価	数 量	単価
499枚まで固定額		1,500 ~ 1,999	
500 ~ 999		2,000 ~ 2,499	
1,000 ~ 1,499		2,500 ~ 2,999	

## 令和4年度電算処理システムバッチ帳票作成等業務委託 単価表別表

## (3) 高額介護合算療養費に係る帳票作成業務

高額介護合算不支給決定通知封筒印刷 (想定数量: 12,500部)

数 量		単価	数 量		単価
999枚まで固定額			9,000	～	9,999
1,000	～	1,999	10,000	～	10,999
2,000	～	2,999	11,000	～	11,999
3,000	～	3,999	12,000	～	12,999
4,000	～	4,999	13,000	～	13,999
5,000	～	5,999	14,000	～	14,999
6,000	～	6,999	15,000	～	15,999
7,000	～	7,999	16,000	～	16,999
8,000	～	8,999	17,000	～	17,999

## 令和4年度電算処理システムバッチ帳票作成等業務委託 単価表別表

## (4) 支給決定通知に係る帳票作成業務

支給決定通知書用紙印刷（高額療養費除く）

数 量	単価	数 量	単価
999枚まで固定額		24,000 ～ 24,999	
1,000 ～ 1,999		25,000 ～ 25,999	
2,000 ～ 2,999		26,000 ～ 26,999	
3,000 ～ 3,999		27,000 ～ 27,999	
4,000 ～ 4,999		28,000 ～ 28,999	
5,000 ～ 5,999		29,000 ～ 29,999	
6,000 ～ 6,999		30,000 ～ 30,999	
7,000 ～ 7,999		31,000 ～ 31,999	
8,000 ～ 8,999		32,000 ～ 32,999	
9,000 ～ 9,999		33,000 ～ 33,999	
10,000 ～ 10,999		34,000 ～ 34,999	
11,000 ～ 11,999		35,000 ～ 35,999	
12,000 ～ 12,999		36,000 ～ 36,999	
13,000 ～ 13,999		37,000 ～ 37,999	
14,000 ～ 14,999		38,000 ～ 38,999	
15,000 ～ 15,999		39,000 ～ 39,999	
16,000 ～ 16,999		40,000 ～ 40,999	
17,000 ～ 17,999		41,000 ～ 41,999	
18,000 ～ 18,999		42,000 ～ 42,999	
19,000 ～ 19,999		43,000 ～ 43,999	
20,000 ～ 20,999		44,000 ～ 44,999	
21,000 ～ 21,999		45,000 ～ 45,999	
22,000 ～ 22,999		46,000 ～ 46,999	
23,000 ～ 23,999		47,000 ～ 47,999	

## 令和4年度電算処理システムバッチ帳票作成等業務委託 単価表別表

## (4) 支給決定通知に係る帳票作成業務

## 支給決定通知書用紙印刷（高額療養費）

数 量		単価	数 量		単価
200,000	～ 209,999		440,000	～ 449,999	
210,000	～ 219,999		450,000	～ 459,999	
220,000	～ 229,999		460,000	～ 469,999	
230,000	～ 239,999		470,000	～ 479,999	
240,000	～ 249,999		480,000	～ 489,999	
250,000	～ 259,999		490,000	～ 499,999	
260,000	～ 269,999		500,000	～ 509,999	
270,000	～ 279,999		510,000	～ 519,999	
280,000	～ 289,999		520,000	～ 529,999	
290,000	～ 299,999		530,000	～ 539,999	
300,000	～ 309,999		540,000	～ 549,999	
310,000	～ 319,999		550,000	～ 559,999	
320,000	～ 329,999		560,000	～ 569,999	
330,000	～ 339,999		570,000	～ 579,999	
340,000	～ 349,999		580,000	～ 589,999	
350,000	～ 359,999		590,000	～ 599,999	
360,000	～ 369,999		600,000	～ 609,999	
370,000	～ 379,999		610,000	～ 619,999	
380,000	～ 389,999		620,000	～ 629,999	
390,000	～ 399,999		630,000	～ 639,999	
400,000	～ 409,999		640,000	～ 649,999	
410,000	～ 419,999		650,000	～ 659,999	
420,000	～ 429,999		660,000	～ 669,999	
430,000	～ 439,999		670,000	～ 679,999	

## 令和4年度電算処理システムバッチ帳票作成等業務委託 単価表別表

## (4) 支給決定通知に係る帳票作成業務

支給決定通知書データ印字（高額療養費除く）

数 量	単価	数 量	単価
999枚まで固定単価		10,000 ～ 10,999	
1,000 ～ 1,999		11,000 ～ 11,999	
2,000 ～ 2,999		12,000 ～ 12,999	
3,000 ～ 3,999		13,000 ～ 13,999	
4,000 ～ 4,999		14,000 ～ 14,999	
5,000 ～ 5,999		15,000 ～ 15,999	
6,000 ～ 6,999		16,000 ～ 16,999	
7,000 ～ 7,999		17,000 ～ 17,999	
8,000 ～ 8,999		18,000 ～ 18,999	
9,000 ～ 9,999		19,000 ～ 19,999	

## 令和4年度電算処理システムバッチ帳票作成等業務委託 単価表別表

## (4) 支給決定通知に係る帳票作成業務

## 支給決定通知書データ印字（高額療養費）

数 量		単価	数 量		単価
65,000	～ 66,999		113,000	～ 114,999	
67,000	～ 68,999		115,000	～ 116,999	
69,000	～ 70,999		117,000	～ 118,999	
71,000	～ 72,999		119,000	～ 120,999	
73,000	～ 74,999		121,000	～ 122,999	
75,000	～ 76,999		123,000	～ 124,999	
77,000	～ 78,999		125,000	～ 126,999	
79,000	～ 80,999		127,000	～ 128,999	
81,000	～ 82,999		129,000	～ 130,999	
83,000	～ 84,999		131,000	～ 132,999	
85,000	～ 86,999		133,000	～ 134,999	
87,000	～ 88,999		135,000	～ 136,999	
89,000	～ 90,999		137,000	～ 138,999	
91,000	～ 92,999		139,000	～ 140,999	
93,000	～ 94,999		141,000	～ 142,999	
95,000	～ 96,999		143,000	～ 144,999	
97,000	～ 98,999		145,000	～ 146,999	
99,000	～ 100,999		147,000	～ 148,999	
101,000	～ 102,999		149,000	～ 150,999	
103,000	～ 104,999		151,000	～ 152,999	
105,000	～ 106,999		153,000	～ 154,999	
107,000	～ 108,999		155,000	～ 156,999	
109,000	～ 110,999		157,000	～ 158,999	
111,000	～ 112,999		159,000	～ 160,999	

## 令和4年度電算処理システムバッチ帳票作成等業務委託 単価表別表

## (4) 支給決定通知に係る帳票作成業務

## 支給決定通知書データ印字（高額療養費）

数 量			単価	数 量			単価
170,000	～	157,999		218,000	～	219,999	
172,000	～	159,999		220,000	～	221,999	
174,000	～	161,999		222,000	～	223,999	
176,000	～	163,999		224,000	～	225,999	
178,000	～	165,999		226,000	～	227,999	
180,000	～	167,999		228,000	～	229,999	
182,000	～	169,999		230,000	～	231,999	
184,000	～	171,999		232,000	～	233,999	
186,000	～	173,999		234,000	～	235,999	
188,000	～	175,999		236,000	～	237,999	
190,000	～	177,999		238,000	～	239,999	
192,000	～	179,999		240,000	～	241,999	
194,000	～	181,999		242,000	～	243,999	
196,000	～	183,999		244,000	～	245,999	
198,000	～	185,999		246,000	～	247,999	
200,000	～	187,999		248,000	～	249,999	
202,000	～	189,999		250,000	～	251,999	
204,000	～	191,999		252,000	～	253,999	
206,000	～	193,999		254,000	～	255,999	
208,000	～	195,999		256,000	～	257,999	
210,000	～	197,999		258,000	～	259,999	
212,000	～	199,999		260,000	～	261,999	
214,000	～	201,999		262,000	～	263,999	
216,000	～	203,999		264,000	～	265,999	



## 令和4年度電算処理システムバッチ帳票作成等業務委託 単価表別表

## (4) 支給決定通知に係る帳票作成業務

## 支給決定通知書シーリング費用

数 量	単価	数 量	単価
999枚まで固定額		70,000 ～ 79,999	
1,000 ～ 1,999		80,000 ～ 89,999	
2,000 ～ 2,999		90,000 ～ 99,999	
3,000 ～ 3,999		100,000 ～ 109,999	
4,000 ～ 4,999		110,000 ～ 119,999	
5,000 ～ 5,999		120,000 ～ 129,999	
6,000 ～ 6,999		130,000 ～ 139,999	
7,000 ～ 7,999		140,000 ～ 149,999	
8,000 ～ 8,999		150,000 ～ 159,999	
9,000 ～ 9,999		160,000 ～ 169,999	
10,000 ～ 10,999		170,000 ～ 179,999	
11,000 ～ 11,999		180,000 ～ 189,999	
12,000 ～ 12,999		190,000 ～ 199,999	
13,000 ～ 13,999		200,000 ～ 209,999	
14,000 ～ 14,999		210,000 ～ 219,999	
15,000 ～ 15,999		220,000 ～ 229,999	
16,000 ～ 16,999		230,000 ～ 239,999	
17,000 ～ 17,999		240,000 ～ 249,999	
18,000 ～ 18,999		250,000 ～ 259,999	
19,000 ～ 19,999		260,000 ～ 269,999	
20,000 ～ 29,999		270,000 ～ 279,999	
30,000 ～ 39,999		280,000 ～ 289,999	
40,000 ～ 49,999		290,000 ～ 299,999	
50,000 ～ 59,999		300,000 ～ 309,999	
60,000 ～ 69,999		310,000 ～ 319,999	