別紙　３

３　支給決定通知にかかる帳票作成業務

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）

料金後納
郵便

第33号様式

①△△△NNNNNNN(16)NNNNNNNN△
②NNNNN(11)NNNN△

後期高齢者医療給付支給決定通知書

先に申請のありました③NNNN(11)NNNN△
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。

①NN(8)NNNN
②NNNNNNNNN(20)NNNNNNNNNN
NNNNNNNNN(20)NNNNNNNNNN
NNNNNNNNN(20)NNNNNNNNNN
NNNNNNNNN(20)NNNNNNNNNN
③NNNNNNNNN(20)NNNNNNNNNN
④
⑤△△XXXX(13)XXXXXX

差出人　神奈川県後期高齢者医療広域連合

問い合わせ先　業務受託者　神奈川県国民健康保険団体連合会
〒220－0003
住所　神奈川県横浜市西区楠町27番地1
電話　045-329-3425(給付支給担当)

⑥
NN(8)NNNN

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、右下矢印より
はがしてください。なお、濡れた場合は乾いてからはがしてください。

④NN(8)NNNN
被保険者番号
被保険者氏名　⑤NNNNNN(15)NNNNNNN△
NNNNNN(15)NNNNNNN△

根拠となる年月等	種別	支給金額
⑥ NN(8)NNN△	⑪ NN(9)NNNNN	⑯ ZZ,ZZZ,ZZ △N
⑦ NN(8)NNN△	⑫ NN(9)NNNNN	⑰ ZZ,ZZZ,ZZ △N
⑧ NN(8)NNN△	⑬ NN(9)NNNNN	⑱ ZZ,ZZZ,ZZ △N
⑨ NN(8)NNN△	⑭ NN(9)NNNNN	⑲ ZZ,ZZZ,ZZ △N
⑩ NN(8)NNN△	⑮ NN(9)NNNNN	⑳ ZZ,ZZZ,ZZ △N

㉑
支給期日　NNNN(11)NNNN△
※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。

㉒△NNNNNNNN(16)NNNNNN△△△
㉓△NNNNNNNN(16)NNNNNN△△△
㉔NNNN(10)NNNN△△

公印

支払方法　NNNNNN(16)NNNNNNNN ①
金融機関名　NNNNNN(16)NNNNNNNN ②
支店名　NNNNNN(16)NNNNNNNN ③
口座名義人　NNNNNN(16)NNNNNNNN ④
NNNNNN(16)NNNNNNNN
※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。

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、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、審査請求書を提出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は、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。

問い合わせ先
⑤NNNNNN(16)NNNNNNNN
⑥NNNNNNNNNN(20)NNNNNNNNNN
⑦NNNN(9)NNN△△△
住所　NNNNNNNNNN(20)NNNNNNNNNN
NNNNNNNNNN(20)NNNNNNNNNN ⑧
電話　XXXXXXX(16)XXXXXXXX△△⑨

【1面】
①郵便番号
②宛先住所(5段)
③宛先氏名(
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)
⑥～⑩根拠となる年月等
⑪～⑮支給種別
⑯～⑳支給金額(円)
21支給期日
22発行者役職名1
23発行者役職名2
24発行者名

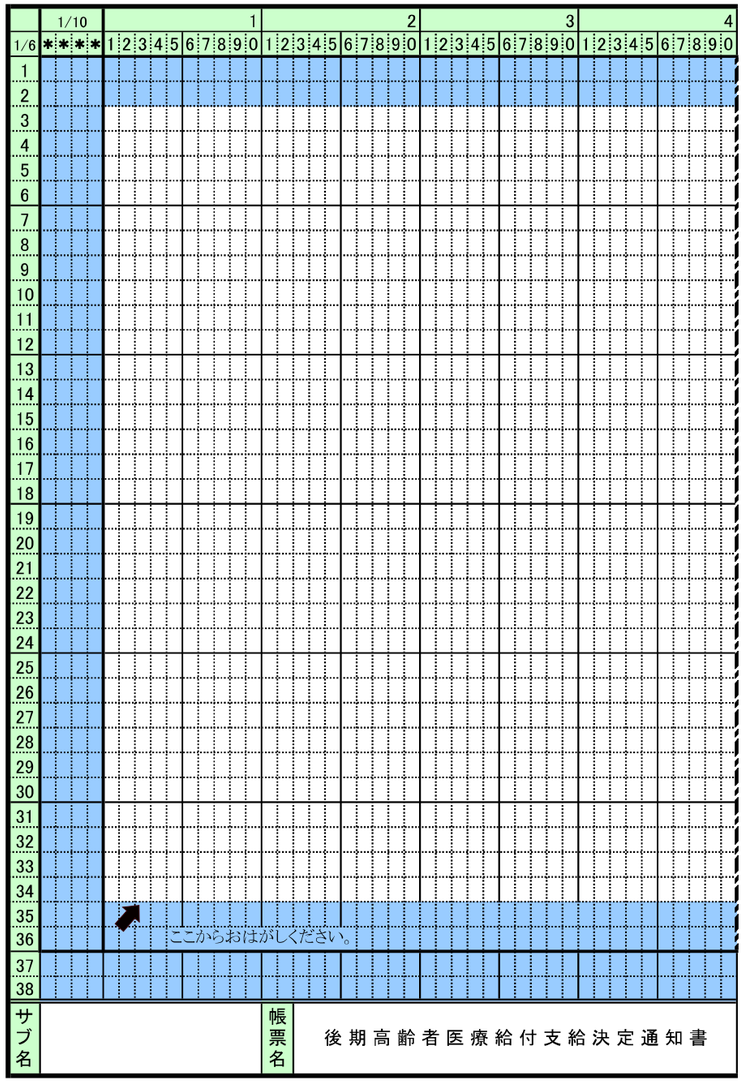
【3面】
①支払方法1(『口座振込』固定表示)
②支払方法2(金融機関名称)
③支払方法3(金融機関支店名称)
④支払方法4(口座名義人)(2段)
⑤問い合わせ自治体情報(申請受付市町村)
⑥自治体問い合わせ先(組織名)
⑦自治体郵便番号(先頭に「〒」固定)
⑧自治体住所(2段)
⑨自治体電話番号

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）



検　討　課　題

・

・

・

別紙　３

３　支給決定通知に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　1/6 ＊＊＊＊

料金後納
郵便

第3号様式

後期高齢者医療給付支給決定通知書

①△△△NNNNNN(16)NNNNNNNN△
②NNNNN(11)NNNN△

先に申請のありました③NNNN(11)NNNNN△
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。

④NN(8)NNNN
被保険者番号
被保険者氏名　⑤NNNNNN(15)NNNNNNNN△
NNNNNN(15)NNNNNNNN△

根拠となる年月等	種別	支給金額
⑥NN(8)NNN△	⑪NN(9)NNNNN	⑯ZZ,ZZZ,ZZ△N
⑦NN(8)NNN△	⑫NN(9)NNNNN	⑰ZZ,ZZZ,ZZ△N
⑧NN(8)NNN△	⑬NN(9)NNNNN	⑱ZZ,ZZZ,ZZ△N
⑨NN(8)NNN△	⑭NN(9)NNNNN	⑲ZZ,ZZZ,ZZ△N
⑩NN(8)NNN△	⑮NN(9)NNNNN	⑳ZZ,ZZZ,ZZ△N

支払期日　㉑NNNN(11)NNNNN△
※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。

㉒△NNNNNNNN(16)NNNNNN△△△
㉓△NNNNNNNN(16)NNNNNN△△△
㉔NNNN(10)NNNN△△

公印

支払方法　NNNNNN(16)NNNNNNNN①
金融機関名　NNNNNN(16)NNNNNNNN②
支店名　NNNNNN(16)NNNNNNNN③
口座名義人　NNNNNN(16)NNNNNNNN④
NNNNNN(16)NNNNNNNN

※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。

問い合わせ先
⑤NNNNNN(16)NNNNNNNN
⑥NNNNNNNNN(20)NNNNNNNNN
⑦NNNN(9)NNN△△△
住所　NNNNNNNNN(20)NNNNNNNNN
NNNNNNNNN(20)NNNNNNNNN⑧
電話　XXXXXXX(16)XXXXXXXX△△⑨

①NN(8)NNNN
②NNNNNNNNN(20)NNNNNNNNN
③NNNNNNNNN(20)NNNNNNNNN
NNNNNNNNN(20)NNNNNNNNN
NNNNNNNNN(20)NNNNNNNNN
NNNNNNNNN(20)NNNNNNNNN
NNNNNNNNN(20)NNNNNNNNN
④
⑤△△XXXX(13)XXXXXX

差出人　神奈川県後期高齢者医療広域連合
問い合わせ先　業務受託者　神奈川県国民健康保険団体連合会
〒220－0003
住所　神奈川県横浜市西区楠町27番地1
電話　045-329-3425(給付支給担当)　⑥NN(8)NNNN

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、右下矢印より上はがしてください。なお、濡れた場合は乾いてからはがしてください。

【1面】
①郵便番号
②宛先住所(5段)
③宛先氏名(
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)
⑥～⑩根拠となる年月等
⑪～⑮支給種別
⑯～⑳支給金額(円)
21支給期日
22発行者役職名1
23発行者役職名2
24発行者名

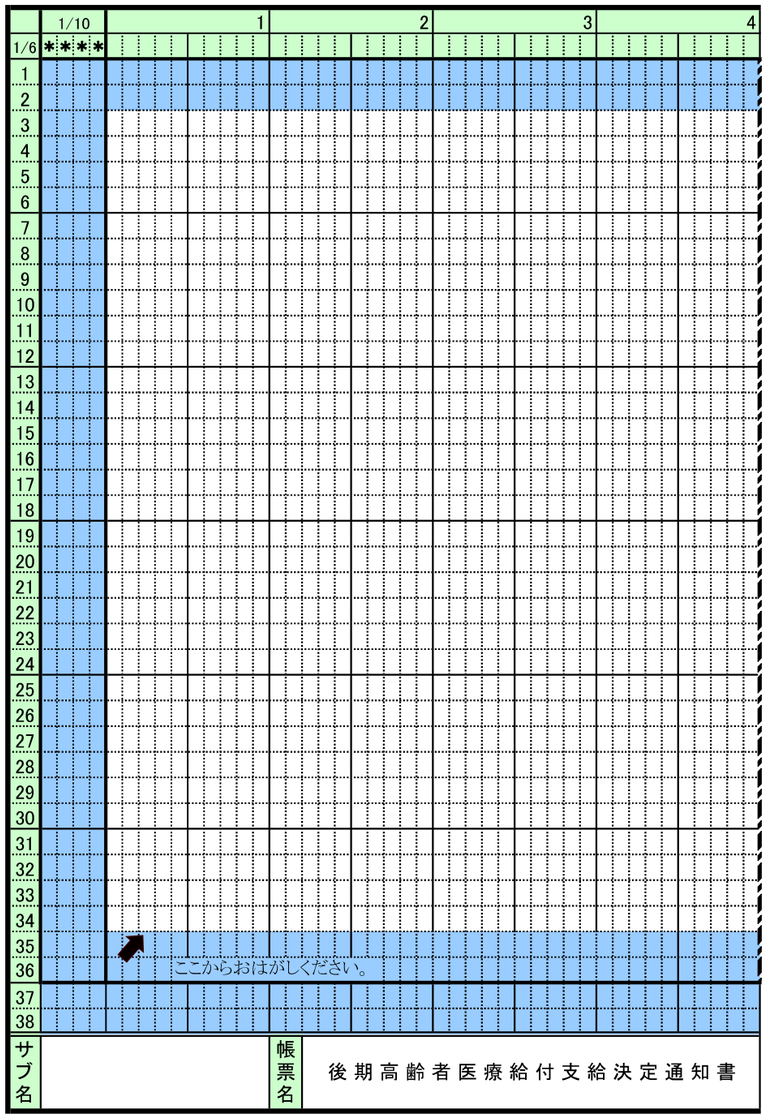
【3面】
①支払方法1(「口座振込」固定表示)
②支払方法2(金融機関名称)
③支払方法3(金融機関支店名称)
④支払方法4(口座名義人)(2段)
⑤問い合わせ自治体情報(申請受付市町村)
⑥自治体問い合わせ先(組織名)
⑦自治体郵便番号(先頭に「〒」固定)
⑧自治体住所(2段)
⑨自治体電話番号

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）



検　討　課　題

・

・

・

別紙　３

３　支給決定通知に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　1/6　＊＊＊＊

第35号様式

料金後納
郵便

後期高齢者医療給付支給決定通知書

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。

①ＮＮ（８）ＮＮＮＮ
②ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（20）ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（20）ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（20）ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（20）ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（20）ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
③ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（20）ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
④
⑤△△ＸＸＸＸ（13）ＸＸＸＸＸＸ

差出人　神奈川県後期高齢者医療広域連合

問い合わせ先　業務受託者　神奈川県国民健康保険団体連合会
〒220－0003
住所　神奈川県横浜市西区楠町27番地1
電話　045-329-3454（給付支給担当）

⑥
ＮＮ（８）ＮＮＮＮ

被保険者番号　④ＮＮ（８）ＮＮＮＮ
被保険者氏名　⑤ＮＮＮＮＮＮ（15）ＮＮＮＮＮＮＮＮ△
ＮＮＮＮＮＮ（15）ＮＮＮＮＮＮＮＮ△
根拠となる年月等　⑥ＮＮＮＮ（11）ＮＮＮＮＮ△
支給金額　⑦ＺＺＺ，ＺＺＺ，ＺＺ９△Ｎ
支給期日　⑧ＮＮＮＮ（11）ＮＮＮＮＮ△

※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。

①△△△ＮＮＮＮＮＮ（16）ＮＮＮＮＮＮＮＮ△
②ＮＮＮＮＮ（11）ＮＮＮＮ△
⑨△ＮＮＮ　ＮＮＮＮＮ（16）ＮＮＮＮＮＮＮＮ△△△
⑩△ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（16）ＮＮＮＮＮＮＮＮ△△△
⑪ＮＮＮＮ（10）ＮＮＮＮ△△

公印

支払方法　ＮＮＮＮＮＮ（16）ＮＮＮＮＮＮＮＮ①
金融機関名　ＮＮＮＮＮＮ（16）ＮＮＮＮＮＮＮＮ②
支店名　ＮＮＮＮＮＮ（16）ＮＮＮＮＮＮＮＮ③
口座名義人　ＮＮＮＮＮＮ（16）ＮＮＮＮＮＮＮＮ④
ＮＮＮＮＮＮ（16）ＮＮＮＮＮＮＮＮ

※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。

審査請求及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、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、審査請求書を提出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。

問い合わせ先
⑤ＮＮＮＮＮＮ（16）ＮＮＮＮＮＮＮＮ
⑥ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（20）ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
⑦ＮＮＮＮ（９）ＮＮＮＮ△△△
住所　ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（20）ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ⑧
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（20）ＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
電話　ＸＸＸＸＸＸＸ（16）ＸＸＸＸＸＸＸＸ△△⑨

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、右下矢印ははがしてください。なお、濡れた場合は乾いてからはがしてください。

【1面】
①郵便番号
②宛先住所(5段)
③宛先氏名(
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根拠となる年月等
⑦支給金額(円)
⑧支給期日
⑨発行者役職名1
⑩発行者役職名2
⑪発行者名

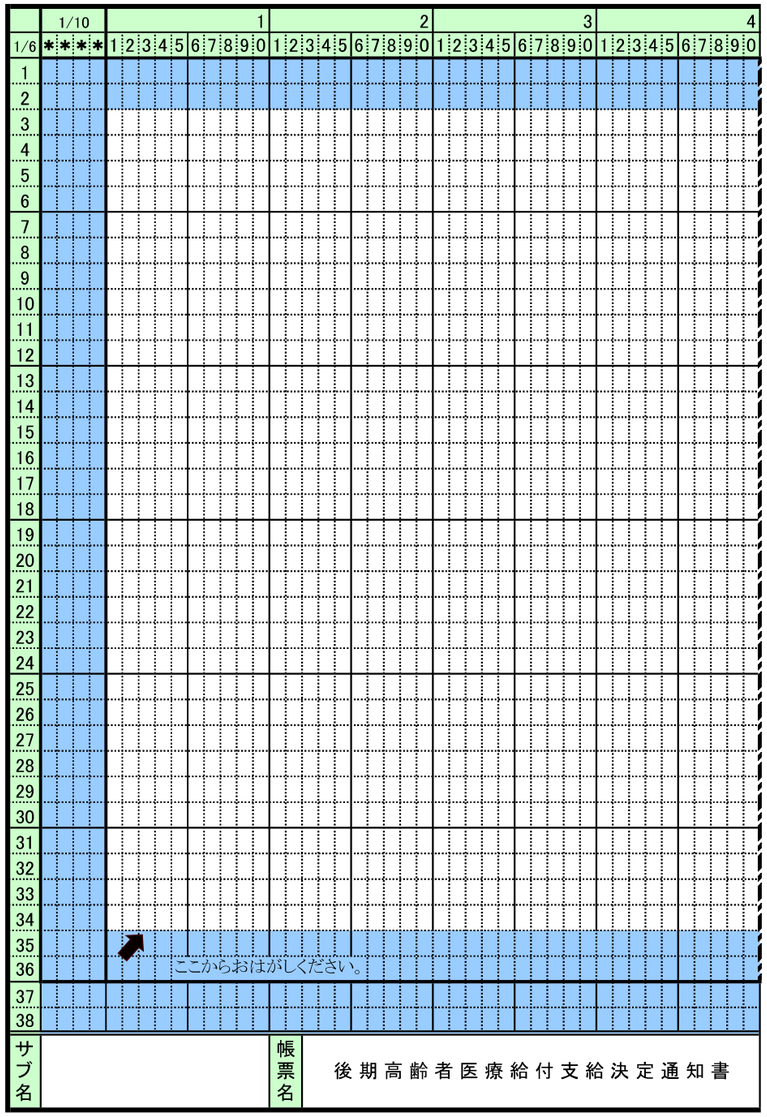
【3面】
①支払方法1(『口座振込』固定表示)
②支払方法2(金融機関名称)
③支払方法3(金融機関支店名称)
④支払方法4(口座名義人)(2段)
⑤問い合わせ自治体情報(申請受付市町村)
⑥自治体問い合わせ先(組織名)
⑦自治体郵便番号(先頭に「〒」固定)
⑧自治体住所(2段)
⑨自治体電話番号

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）



検　討　課　題

・

・

・