

令和8年度高額療養費勧奨通知印刷発送業務委託 仕様書

1 件名

令和8年度高額療養費勧奨通知印刷発送業務委託

2 業務概要

本委託業務は、神奈川県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が、高額療養費勧奨通知等の送付物一式（以下「勧奨通知等」という。）の印刷及び発送について、受託者に委託するものである。

3 履行期間

令和8年4月1日から令和9年3月31日

4 履行場所

- (1) 受託者所在地及び受託者の申請により広域連合が認めた場所
- (2) 神奈川県後期高齢者医療広域連合事務局内（神奈川県横浜市神奈川区栄町8番地1ヨコハマポートサイドビル9階）
- (3) 川崎東郵便局（神奈川県川崎市川崎区東扇島88番地）
- (4) その他広域連合が指定した場所

5 業務内容

- (1) 運用管理業務

ア 業務体制

- (ア) 受託者は、本委託業務の履行にあたり、業務全体を統括する責任者を設置し、業務内容及びスケジュール等を踏まえ、円滑に業務を実施できる体制を整備すること。
- (イ) 土日祝日を除く午前9時から午後5時まで、常時、本委託業務の担当者と電話連絡が取れるようにすること。
- (ウ) トラブル等に対し迅速な対応ができるようバックアップ体制を整えること。
- (エ) 障害発生時を考慮し、プリンタ等の機材は複数台備えていること。

イ 業務体制表の提出

受託者は、本委託業務に従事する者について、次の項目を記した業務体制表を広域連合に提出すること。

- (ア) 所属名

- (イ) 氏名
 - (ウ) 連絡先（電話番号、電子メールアドレス）
 - (エ) 緊急時体制及び連絡先
- ウ 業務手順書の整備
- 受託者は、本委託業務を円滑に履行するために業務手順書を作成するものとし、作成した業務手順書は、常に最新の状態を保持すること。
- エ 計画書、提案書及び報告書等の提出
- 受託者は、業務内容のうち広域連合が指示する事項について、計画書、提案書及び報告書等を作成し、広域連合に提出するものとする。
- オ 議事録の提出
- 本委託業務について広域連合との打ち合わせを行った場合は、議事録を作成し、打ち合わせを行った日から1週間以内に広域連合に提出すること。

（2）印刷発送業務

- ア 帳票仕様調整
- 勧奨通知等のデザイン作成と、被保険者等が記入した後の支給申請書の受領及び読み取りについては、広域連合が別に契約する「後期高齢者医療における高額療養費支給申請勧奨等業務委託」受託者（以下、「別契約受託者」という）が行うことから、別契約受託者の作業便宜を図るため受託者は、管理のためのバーコード印字、OCR等での読み取りのための位置調整、校正時期の調整、その他業務を行うために必要な調整等について、別契約受託者を含め十分な協議を行うこと。また、必要に応じて、そのために必要な打ち合わせに出席すること。
- 管理のためのバーコード印字については、支給申請書の表面右下に、「保険者番号+被保険者番号+チェックデジット」を組み合わせたバーコードを印字するものとする。バーコードの種別は「NW7」とすること。チェックデジットは「保険者番号（8桁）+被保険者番号（8桁）」の計16桁を7で割り、算出された余りの数をチェックデジットとする、「7DR」方式で算出したものを使用すること。
- なお、勧奨通知等のデザイン校正回数は年3回までとする。また、法改正等による変更対応が発生した場合は応じること。
- イ 帳票作成
- 勧奨通知等の仕様は別紙1「印刷物仕様」のとおりとし、初回のデザインは別紙2「印刷物デザイン」のとおりとすること。勧奨通知等の作成数量については、別紙3「月別件数見込」を基準とし、帳票作成後は受託者保管とする。受託者は、帳票は余裕を持ったスケジュールで作成し、作成した帳票は入出庫管理及び使用数量管理を行い、毎月在庫量及び使用数量を確認し、広域連合に報告すること。
- ウ 印字データ受領

印字データは、広域連合より次の「別表 提供データ」のものを提供する。データは本番データのほか、必要に応じてテストデータも提供するものとする。

データは別紙4「日程表」の「印字データ引渡日」に提供とする。なお、別紙4「日程表」に記載の日程は暫定となっており、最終日程はシステムの処理日確定後に受託者と協議して確定するものとする。

広域連合がデータを暗号化した後、CD-R等の記録媒体にて広域連合から受託者に対し授受を行う。授受は広域連合事務所内で行うものとし、授受に当たっては、受託者が作成する印字データ収受管理簿等を用いて授受日、件数等の詳細を記録しておくこと。データの搬送時は、紛失等に細心の注意を図り管理すること。また、データは本委託業務のためにのみ使用するものとし、複製等は一切行わず、使用後のデータは業務完了後に完全に削除して復元不可能な状態にすること。また、データ授受に用いた記録媒体は、作業終了後の直近の「印字データ引渡日」に返却すること。

なお、印字データの引き渡しに係る費用については、受託者負担とする。

別表 提供データ

通知作成用ファイル	
ファイル名（変更可能性あり）	内容
JKD07M9990003_JKKD110_01_oshirase.csv	ソート後重複突合絞込み後お知らせ CSVファイル（生存者 通常分）
JKD07M9990003_JKKD110_02_oshirase.csv	ソート後重複突合絞込み後お知らせ CSVファイル（生存者 未登録外字、桁あふれ分）
JKD07M9990003_JKKD110_03_oshirase.csv	ソート後重複突合絞込み後お知らせ CSVファイル（死亡者 通常分）
JKD07M9990003_JKKD110_04_oshirase.csv	ソート後重複突合絞込み後お知らせ CSVファイル（死亡者 未登録外字、桁あふれ分）

エ テスト印字

受託者は、広域連合が提供するデータを基に、帳票にテスト印字を行い、印字結果を広域連合に提出すること。なお、提出された印字結果は、別契約受託者が正常に読み取れるか、印字内容、印字位置及び文字の仕様が正しいかの確認作業を行うものとする。

受託者は、広域連合から印字結果の読み取れずや本仕様書に定める内容と相違がある旨の連絡を受けた場合は、速やかに修正し、広域連合の承認を得るまでテスト印字と修正を行うこと。なお、初回のテスト印字件数は100件程度を予定しているが、修正時のテスト印字件数は修正内容を勘案して決定する。

印字にあたっては、別紙5「提供データにおける文字の標準仕様について」を参考すること。外字を含むデータレコードについては細心の注意を払い、前述のテスト印字とは別に必要な件数をテスト印字し、広域連合が別途提供する「広域外字一覧」と照合確認を行うなど、文字の品質を十分担保すること。なお、外字ファイルが変更された場合はその都度テスト印字等を行うこと。

テスト印字は、別紙4「日程表」の初回の「広域連合納品日」に納品するための勧奨通知等の本番印字を行う前に完了するよう、余裕を持った日程で行うこと。また、必要な費用は受託者の負担とする。

テスト印字に使用した帳票は、広域連合の承認を得た後、シュレッダー、焼却、溶解等の方法により再生不可能な状態にして処分すること。

オ 本番印字

受託者は、テスト印字結果について広域連合の承認を得た後、別紙6「ファイルレイアウト」と別紙7「帳票マッピング」に定める内容に適合する印字プログラムを作成し、本番データを基に、帳票に印字を行うこと。

なお、外字ファイルに登録のない外字を含むデータレコード（以下「未登録外字」という。）及び宛名氏名等が長く、印字可能な文字数を超えるデータレコード（以下「桁あふれ」という。）については、別途広域連合からデータを提供するため、受託者は印字を含む作業及び管理にあたっては、それ以外のデータと分離して取り扱うこと。また、未登録外字・桁あふれ分の印字内容の詳細については、広域連合と受託者が協議して定めるものとする。

印字の工程において、破棄しなければならない帳票が発生した場合は、シュレッダー、焼却、溶解等の方法により再生不可能な状態にして処分すること。

また、予見できない事故等により、緊急に追加印刷等が必要になった場合は受託者の負担により対応すること。

カ 帳票の折り加工、封入、封緘

帳票の折り加工、封入する順番等については、別紙1「印刷物仕様」にて定めるとおりとする。受託者は作業を行うにあたり、誤封入防止のための技術、設備、点検体制を有し、封入物の齟齬が無いよう適切な対策を講じることとする。また、封入にあたっては、印字した帳票の送付先住所氏名部分が、封筒の窓枠に確実に表示されること。

封入・封緘時のミスにより使用できなくなった印字済み帳票についてはシュレッダー、焼却、溶解等の方法により再生不可能な状態にして処分し、改めて再印字を行って封入・封緘を行うこと。

なお、未登録外字・桁あふれ分の帳票及び物故者分の送付先が県外住所の帳票については封入までとし、封緘せずに広域連合に納品すること。

キ 引抜

広域連合が提供する印字データと引抜データの両データに共通する情報（被保険者番号など）を用いて突合させ、印刷時点または印刷後に該当帳票のみを抜き出すことが行えるよう、引抜プログラムを作成し、現物においての引抜を実施すること。引抜データは別紙4「日程表」の「引抜データ提供日」に提供する。

引抜を実施した帳票については、シュレッダー、焼却、溶解等の方法により再生不可能な状態にして処分すること。

ク 納品・発送

(ア) 広域連合納品

封緘せず封入までとした未登録外字・桁あふれ分の帳票及び物故者分の送付先が県外住所の帳票については、「4 履行場所（2）神奈川県後期高齢者医療広域連合事務局内」へ、別紙4「日程表」の「広域連合納品日」に納品すること。

納品方法は広域連合と受託者で協議して定めるものとするが、車両で納品する場合は、「広域連合納品日」の前日15時頃までに、納品時に使用する車両情報と納品を行う担当者の情報をメールで報告すること。

(イ) 指定郵便局納品

同項(ア)以外の帳票については、郵便番号に基づくバーコード付区分郵便物として事前に広域連合と協議の上、最も割引率が高くなる方法で発送することができるよう区分けし、「4 履行場所（3）川崎東郵便局（以下「指定郵便局」という。）」へ、別紙4「日程表」の「指定郵便局納品日」に納品すること。

納品時の積み方等については、指定郵便局より指示がある場合は従うこと。

指定郵便局への納品時は、事前に広域連合が作成して提供する「後納郵便物等差出票」を2枚、郵便局員に渡し、郵便局員が確認及び押印した「後納郵便物等差出票」を1枚受領して広域連合へ提出すること。受領及び広域連合への提出については受託者負担の任意の方法とするため、広域連合と受託者で協議して定めるものとする。

(ウ) 共通事項

- a 別紙4「日程表」の「広域連合納品日」の2営業日前までに納品数を広域連合にメールで報告すること。また、納品完了時には「納品書」を広域連合に提出すること。
- b 郵便カスタマーバーコードの読み取りにおいて不具合が起こった場合に、対応に必要な技術・支援体制を整えること。
- c 納品搬入に用いる車両は積荷に対して施錠管理のできるものとし、盜難、亡失及び第三者の利用に供されないよう善良な管理者の注意をもって、安全かつ厳重な方法により納品搬入を行うこと。

(3) その他

ア 受託者は、本委託業務の履行に必要な CSV ファイルや TTE ファイル等を加工する能力を有すること。

イ 受託者は、「KAJ0_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へ対応することが可能であり、住基ネット統一文字コードに準じた文字体系を入手できること。

6 契約形態

本契約は単価契約とし、本契約の入札は想定数量の総価により行う。数量については、別紙 3 「月別件数見込」による。

7 委託料

(1) 完了検査及び委託料の請求

受託者は、毎月の業務完了時に「完了報告書」を広域連合に提出し、業務の完了を報告すること。報告内容について広域連合の検査に合格したときは、受託者は業務委託料の支払いを請求することができる。ただし、検査不合格の場合は、受託者は直ちに補修等の必要な措置を講じなければならない。

(2) 契約単価

別紙 8 「単価表」の単価を基本とする。ただし、帳票の作成数量が想定数量と大きく異なる場合は、広域連合と受託者で協議を行い、広域連合が認めた場合に限り単価の変更契約等が行えるものとする。

なお、管理や調整等を含む本委託業務の履行に必要な費用及び諸経費については管理費に含めること。

(3) 部分払の方法

本契約は、完了報告書の数量に応じて各月の完了分に対して出来高払いとする。

(4) 委託料の支払

広域連合は、業務ごとの契約単価に処理件数を乗じた額（1円未満の端数がある場合は端数を切り捨てた額）の合計額に、消費税額（地方消費税額を含む。）を加算して受託者に支払う。支払期限は、前号の規定に基づく適法な請求書を受理した日から起算して 30 日以内とする。

8 契約不適合責任

(1) 引き渡された目的物が種類、品質又は数量に関して契約の内容に適合しないものである場合（受託者が広域連合に移転した権利が契約の内容に適合しないものである場合を含む。）は、広域連合は、受託者に対し、履行の追完の請求、代金の減額の請求（不適合が広域連合の責めに帰すべき事由によるものであるときを除く。）、損害賠償の請求及び契約の解除をすることができる。

(2) 受託者が種類又は品質に関して契約の内容に適合しない目的物を広域連合に引き渡

した場合において、広域連合がその不適合を知った時から1年以内にその旨を受託者に通知しないときは、広域連合は、その不適合を理由として、履行の追完の請求、代金の減額の請求、損害賠償の請求及び契約の解除をすることができない。ただし、受託者が引渡しの時にその不適合を知り、又は重大な過失によって知らなかつたときは、この限りでない。

9 業務引継

(1) 前年度受託事業者からの引継

受託者は、必要に応じて、前年度受託事業者からの引継説明を受けること。また、必要に応じて、前年度受託事業者から在庫帳票の受入を行うこと。受入に係る調整は受託者が行い、受入を行った在庫帳票については、用紙等の状態が劣化しない場所で保管し、使用すること。

(2) 翌年度受託事業者への引継

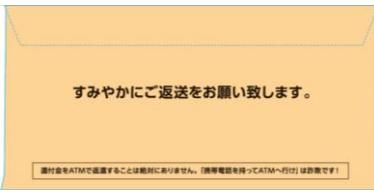
受託者は、翌年度受託事業者確定後、広域連合に本委託業務の引継説明を行うこと。なお、翌年度受託事業者が希望する場合は、引継説明に同席できることとするため、広域連合及び翌年度受託事業者に説明を行うこと。引継説明に必要な資料は受託者が作成することとし、本契約期間終了の1か月前までに広域連合の承認を得ること。

10 その他事項

- (1) 受託者は、本委託業務の履行にあたり、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）、神奈川県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例（令和5年神奈川県後期高齢者医療広域連合条例第2号）、本契約約款第22条に規定する特記事項を厳格に遵守すること。
- (2) 受託者は、本委託業務の履行にあたり、システム障害、情報流失等の事故が発生した場合には、直ちに広域連合に報告しなければならない。
- (3) 広域連合は必要に応じて、作業に立ち会うことができるものとする。
- (4) 本仕様書に定めのない事項及び疑義が生じた場合は、広域連合と受託者とで協議して定めるものとする。
- (5) 本委託業務の履行にあたって使用するシステム等に特許等が設定されている場合は、受託者がその使用許諾等の責任を負うこと。
- (6) 成果物に係る所有権は、すべて広域連合に帰属すること。
- (7) 受託者は、契約締結後14日以内に契約約款に掲げる第3号様式「受託業務における個人情報取扱状況報告書」を提出すること。
- (8) 当該落札決定の効果は、令和8年度当初予算に係る議会の議決がなされた後、令和8年4月1日の令和8年度予算発効時において効果を生ずるものとする。

【別紙1】印刷物仕様

■存命者向け

封入順	-	1	2	3
帳票名	往信用封筒①	挨拶状兼申請書兼添付台紙	自己負担限度額チラシ	返信用封筒
帳票イメージ表				
帳票イメージ裏				
サイズ	235mm×120mm-30mm	A3近似	A4	長3 和封筒
紙厚	色上質、茶色/70g ベース	上質紙/70kgベース	55kgベース	100g ベース
加工	透け防止裏地紋（地紋色：茶系）	ミシン目加工（縦ミシン1か所）	-	裏地紋
窓の種類	グラシン窓1か所	-	-	-
糊種別	アラビア糊	-	-	テープ糊
色数	2C / 1C	3C / 3C	1C / 0C	1C / 1C
印刷	両面印刷	両面印刷	片面印刷	両面印刷
印字	-	両面印字	-	-
折り	-	長辺2つ折り後に巻き3つ折り (DM折り)	巻き3つ折り	巻き3つ折り
備考	グラシン窓に読み取り率の課題があれば別素材でも可	-	-	表面左側は「後期高齢者医療高額療養費支給申請書在中」と記載

■死者者向け

封入順		1	2	3
帳票名	往信用封筒②	挨拶状兼申請書	自己負担限度額チラシ兼記入例	申立書
帳票イメージ表				
帳票イメージ裏		裏面なし		裏面なし
サイズ	235mm × 120mm-30mm	A3近似	A4	A4
紙厚	色上質、茶色/70 g ベース	上質紙/70 kgベース	55kgベース	55kgベース
加工	透け防止裏地紋（地紋色：茶系）	ミシン目加工（縦ミシン1か所）	-	-
窓の種類	グラシン窓1か所	-	-	-
糊種別	アラビア糊	-	-	-
色数	2C / 1C	1C / 0C	1C / 1C	1C / 0C
印刷	両面印刷	片面印刷	両面印刷	片面印刷
印字	-	片面印字	-	-
折り	-	長辺2つ折り後に巻き3つ折り (DM折り)	巻き3つ折り	巻き3つ折り
備考	グラシン窓に読み取り率の課題があれば別素材でも可	-	-	-

【別紙2－1】印刷物デザイン（存命者向け一式）

仕上がり寸法：235 mm × 120 mm ペロ 30 mm
展開寸法：275 mm × 265 mm

天



重要書類が届きました。必ず確認してください。

重要書類在中

後期高齢者医療高額療養費の申請に関するお知らせ
※必ず開封して、内容を確認してください。

親 展

差出人
〒221-0052 神奈川県横浜市神奈川区栄町8番地1
ヨコハマポートサイドビル 9階
神奈川県後期高齢者医療広域連合



【お問い合わせ先】

神奈川県後期高齢者医療広域連合
高額療養費支給申請受付事務センター
☎ 0570-055600 FAX 03-6685-3689
受付 月曜日～金曜日(土日・祝日、年末年始除く) 8:30～17:15

電子料金をATMで返済する方法もお使いください。「携帯電話を機械に接続してATMへ行け」が非表示です！

ごみ箱に直接投入して下さい。

赤

K

地

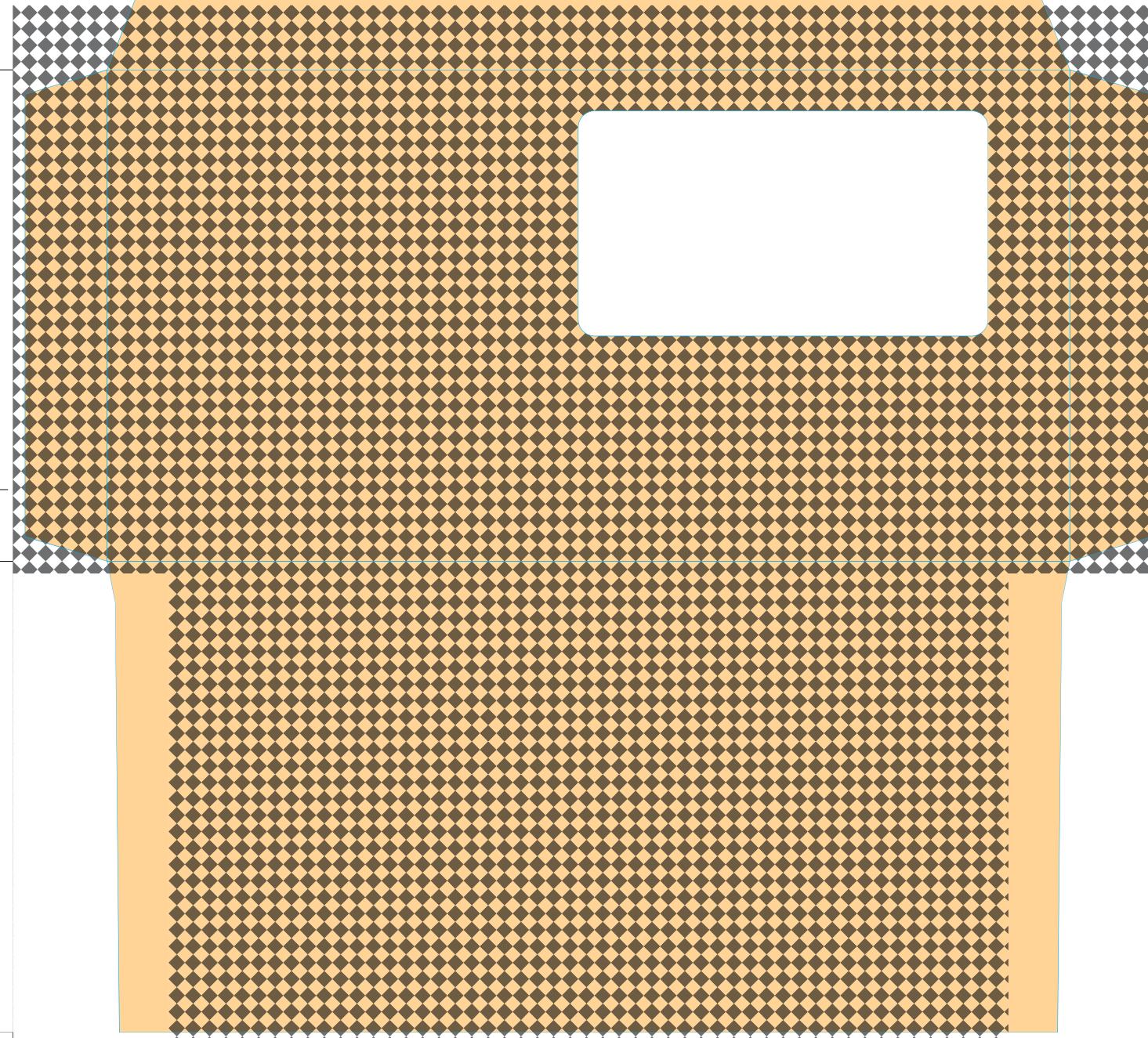
裏

仕上がり寸法：235 mm × 120 mm ベロ30 mm
展開寸法：275 mm × 265 mm

天

K

地



手順② 必要書類の貼付欄

裏面に手順① 申請書があります

- ①マイナンバーカードの表面(顔写真のある面)の白黒コピーを貼付してください。
(投函日時点で有効期限内のもの)

※原本は貼り付けないでください。

※貼付いただいた情報は本人確認のためのみに利用いたします。

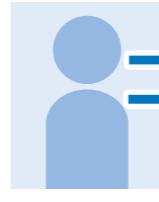
氏名が明確に
分かるように
コピーしてください

氏名 ○○ ○○

住所 ○○○○○○○○○○○○

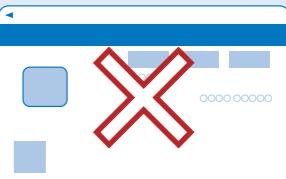
個人番号
カード

○○○○年○月○日まで有効



コピー貼付欄

裏面(顔写真が無い面)は
貼付しないでください。



以下いずれかの書類でも可能です
(氏名と生年月日が記載された面で、投函日時点で有効期限内のもの)

- ・資格確認書のコピー ・パスポートのコピー ・運転免許証のコピー(または運転経歴証明書のコピー)

金融機関口座をご指定の方

- ②C口座情報記入欄にご記載頂いた「金融機関名・金融機関コード・支店名・
支店コード・預金種別・口座番号・口座名義人(カタカナ)」が確認できる書類
(通帳又はキャッシュカード等)の白黒コピーを貼付してください。

※裏面Cの公金受取口座にチェックされた場合は、口座確認書類の貼付は不要です。

※金融機関口座と公金受取口座両方にチェックがある場合は、公金受取口座を優先します。

※申請者又は委任状欄に記載の受任者の口座に限ります。

通帳又はキャッシュカード等のコピー貼付欄 (インターネットバンキングの口座情報が分かる画面のコピーでも可能です)

普通預金

口座番号:0000000
カナガワ ショウゾウ サマ
○○銀行(銀行コード:0000)
○○支店(店番コード:000)

備考欄

表紙をめくった
見開きのページを貼付

又は



※デビットカード一体型キャッシュカードの
コピーはご提出にならないようにしてください。
(口座名義人の確認が出来ないため)

※裏面の申請書「C口座情報記入欄」との内容に差異がある場合は、
こちらに貼付いただいた「口座確認書類」の口座情報が優先されます。

※申請者が成年後見人の場合のみ、確認書類(登記事項証明書)のコピーを同封してください。
登記事項証明書のコピーは、台紙に貼り付けずそのまま同封してください。

手順③ 申請書を切り取り、同封の封筒でご返送ください

(公印省略)

【お問い合わせ先】
神奈川県後期高齢者医療広域連合
高額療養費支給申請受付事務センター
☎0570-055600
受付 月曜日～金曜日 [土日・祝日、年末年始除く8:30～17:15]
※当事務センターは神奈川県後期高齢者医療広域連合からキヤノンマーケティングジャパン株式会社が受託し、千葉県内の事業所にて管理運営しています。

高額療養費の支給申請について(お知らせ)

1ヶ月(同じ月内)の医療費の自己負担額が限度額を超えたため、高額療養費の支給対象となりました。

右側の「後期高齢者医療高額療養費支給申請書」を提出していただくことにより限度額を超えた金額が払い戻されます。(※1)同封されている返信用封筒にてご提出ください。

この申請書は、後期高齢者医療制度にご加入後、高額療養費の振込先口座の登録がお済みでない方へ送付しております。(それまで加入していた他の医療保険からは引き継がれません。)

●該当診療年月

●支給予定金額

(※2)

(※1) ご申請いただきますと、初回は2～4ヶ月後に指定の口座へ振り込まれます。

今回ご申請いただくことで、次回からは診療月の3～5ヶ月後に自動的に指定の口座へ振り込まれます。

(※2) 支給予定金額については、所得状況などにより変更になる可能性があります。

支給が決定した際には、振込予定日と支給金額を記載した支給決定通知書を送付いたします。

【ご注意点】

1 対象となる自己負担額について

病院・診療所、歯科、調剤薬局などで支払った医療費の自己負担分が合算されます。

入院時の食事代や、保険のきかない診療や差額ベッド代等は対象となりません。

自己負担限度額については、同封されている別紙をご参照ください。

2 申請書の提出期限について

申請のご案内が届いた日の翌日から2年を経過すると、原則として時效となり給付を受ける権利が消滅しますのでお早めにご申請ください。

手続きの手順について

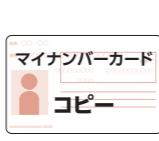
手順①

裏面にある記入例を見ながら、
申請書を記入



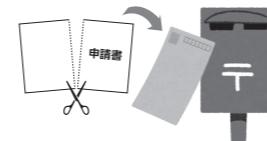
手順②

必要書類のコピーを
申請書裏面の貼付欄に貼付



手順③

中央の点線で切り取り、
同封の封筒で返送



手順② 必要書類の貼付欄

裏面に手順① 申請書があります

- ①マイナンバーカードの表面(顔写真のある面)の白黒コピーを貼付してください。
(投函日時点で有効期限内のもの)

※原本は貼り付けないでください。

※貼付いただいた情報は本人確認のためのみに利用いたします。

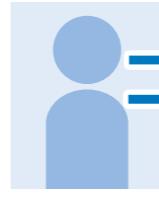
氏名が明確に
分かるように
コピーしてください

氏名 ○○ ○○

住所 ○○○○○○○○○○○○

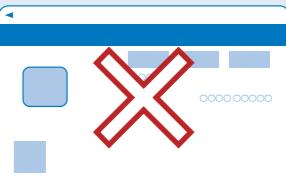
個人番号
カード

○○○○年○月○日まで有効



コピー貼付欄

裏面(顔写真が無い面)は
貼付しないでください。



以下いずれかの書類でも可能です
(氏名と生年月日が記載された面で、投函日時点で有効期限内のもの)

- ・資格確認書のコピー ・パスポートのコピー ・運転免許証のコピー(または運転経歴証明書のコピー)

金融機関口座をご指定の方

- ②C口座情報記入欄にご記載頂いた「金融機関名・金融機関コード・支店名・
支店コード・預金種別・口座番号・口座名義人(カタカナ)」が確認できる書類
(通帳又はキャッシュカード等)の白黒コピーを貼付してください。

※裏面Cの公金受取口座にチェックされた場合は、口座確認書類の貼付は不要です。

※金融機関口座と公金受取口座両方にチェックがある場合は、公金受取口座を優先します。

※申請者又は委任状欄に記載の受任者の口座に限ります。

通帳又はキャッシュカード等のコピー貼付欄 (インターネットバンキングの口座情報が分かる画面のコピーでも可能です)

普通預金

口座番号:0000000
カナガワ ショウゾウ サマ
○○銀行(銀行コード:0000)
○○支店(店番コード:000)

備考欄

表紙をめくった
見開きのページを貼付

又は



※デビットカード一体型キャッシュカードの
コピーはご提出にならないようにしてください。
(口座名義人の確認が出来ないため)

※裏面の申請書「C口座情報記入欄」との内容に差異がある場合は、
こちらに貼付いただいた「口座確認書類」の口座情報が優先されます。

手順③ 申請書を切り取り、同封の封筒でご返送ください

高額療養費の月間の自己負担限度額について

高額療養費の自己負担限度額（月額）は、下の表の通りです。令和4年10月から変更されました。ご参照ください。

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 課税所得 690万円以上	3割	252,600円+（総医療費※1 - 842,000円）×1% 【140,100円】※2	
現役並み所得者Ⅱ 課税所得 380万円以上		167,400円+（総医療費※1 - 558,000円）×1% 【93,000円】※2	
現役並み所得者Ⅰ 課税所得 145万円以上		80,100円+（総医療費※1 - 267,000円）×1% 【44,400円】※2	
一般Ⅱ※3	2割	18,000円※7	57,600円 【44,400円】※2
一般Ⅰ※4	1割	18,000円	
区分Ⅱ※5			24,600円
区分Ⅰ※6		8,000円	15,000円

※1 総医療費とは、保険適用される費用の総額（10割）です。領収書等に記載されている保険点数の合計を10倍したものが総医療費になります。

※2 【】内の金額は、過去12カ月間に高額療養費の支給が3回あった場合の4回目以降（多数回該当）から適用される限度額です（他の医療保険での支給回数は、通算されません）。「外来（個人単位）」の限度額による支給は、多数回該当の回数に含みません。ただし、「現役並み所得者」の被保険者は、個人の外来のみで「外来＋入院（世帯単位）」の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 同じ世帯に住民税課税所得が28万円以上で、3割負担以外の被保険者がいる場合で、次の「アまたはイ」に該当する方。

ア 同じ世帯に被保険者が1人で「年金収入+その他の合計所得金額」が200万円以上

イ 同じ世帯に被保険者が2人以上で「年金収入+その他の合計所得金額」が320万円以上

※4 現役並み所得者Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ、一般Ⅱ、区分Ⅱ・Ⅰ以外の被保険者。

※5 世帯の全員が市町村民税非課税の被保険者（区分Ⅰ以外の方）。

※6 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（年金収入は令和7年7月までは控除額800,000円、令和7年8月以降は806,700円で計算）が0円となる被保険者および、世帯の全員が市町村民税非課税であり、かつ、本人が老齢福祉年金を受給している被保険者（区分Ⅰ老齢福祉年金受給者）。

※7 令和7年9月30日まで（2割負担施行後3年間）は激変緩和措置として、18,000円または「6,000円+（総医療費-30,000円）×10%」のいずれか低い方を適用します。総医療費が30,000円未満の場合は、30,000円として計算します。



赤 K 地

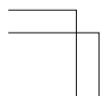
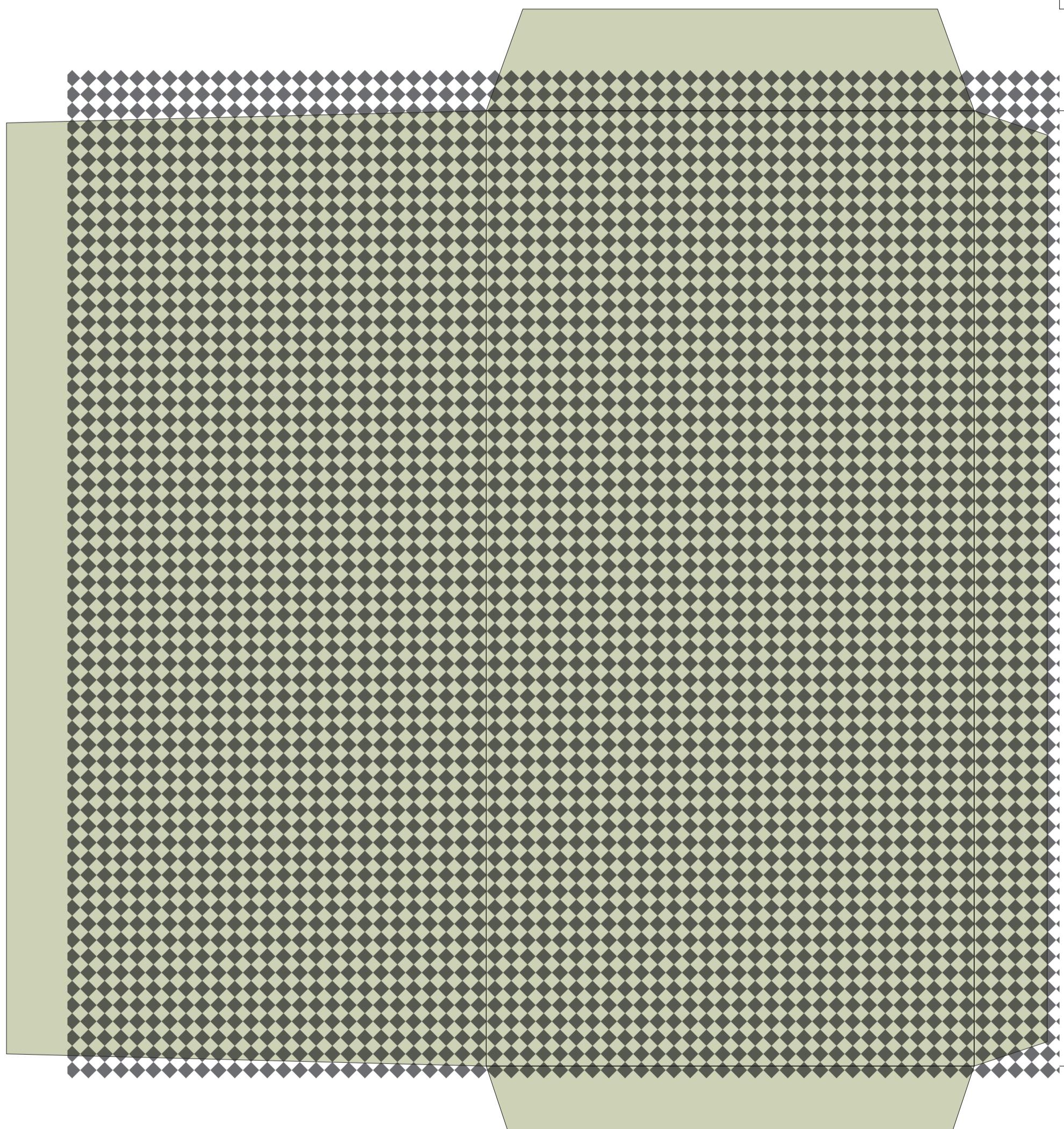
裏

220524_神奈川県後期高齢者医療広域連合様_返信用_別長3_01



仕上がり寸法：120 mm × 235 mm ペロ 25 mm
展開寸法：256 mm × 278 mm

天



K 地

【別紙2－2】印刷物デザイン（死亡者向け一式）

仕上がり寸法：235 mm × 120 mm ペロ 30 mm
展開寸法：275 mm × 265 mm

天

赤 K

地

重要書類が記載されています。必ず確認してください。

料金後納
郵便

重要書類在中

後期高齢者医療高額療養費の申請に関するお知らせ
※必ず開封して、内容を確認してください。

【お問い合わせ先】

神奈川県後期高齢者医療広域連合
電話 ナビダイヤル：☎ 0570-001120
広域連合代表番号：☎ 045-440-6700
FAX 045-441-1500

【ご注意】申請書の提出は、お知らせに記載の
市区町村受付窓口にお願いします。

親 展

差出人

〒221-0052 神奈川県横浜市神奈川区栄町8番地1
ヨコハマポートサイドビル 9階
神奈川県後期高齢者医療広域連合



還付金をATMで返済する方法もお使いください。「携帯電話を持つATMへ行く」をお勧めします！

。必ず確認し、提出を済ませてください

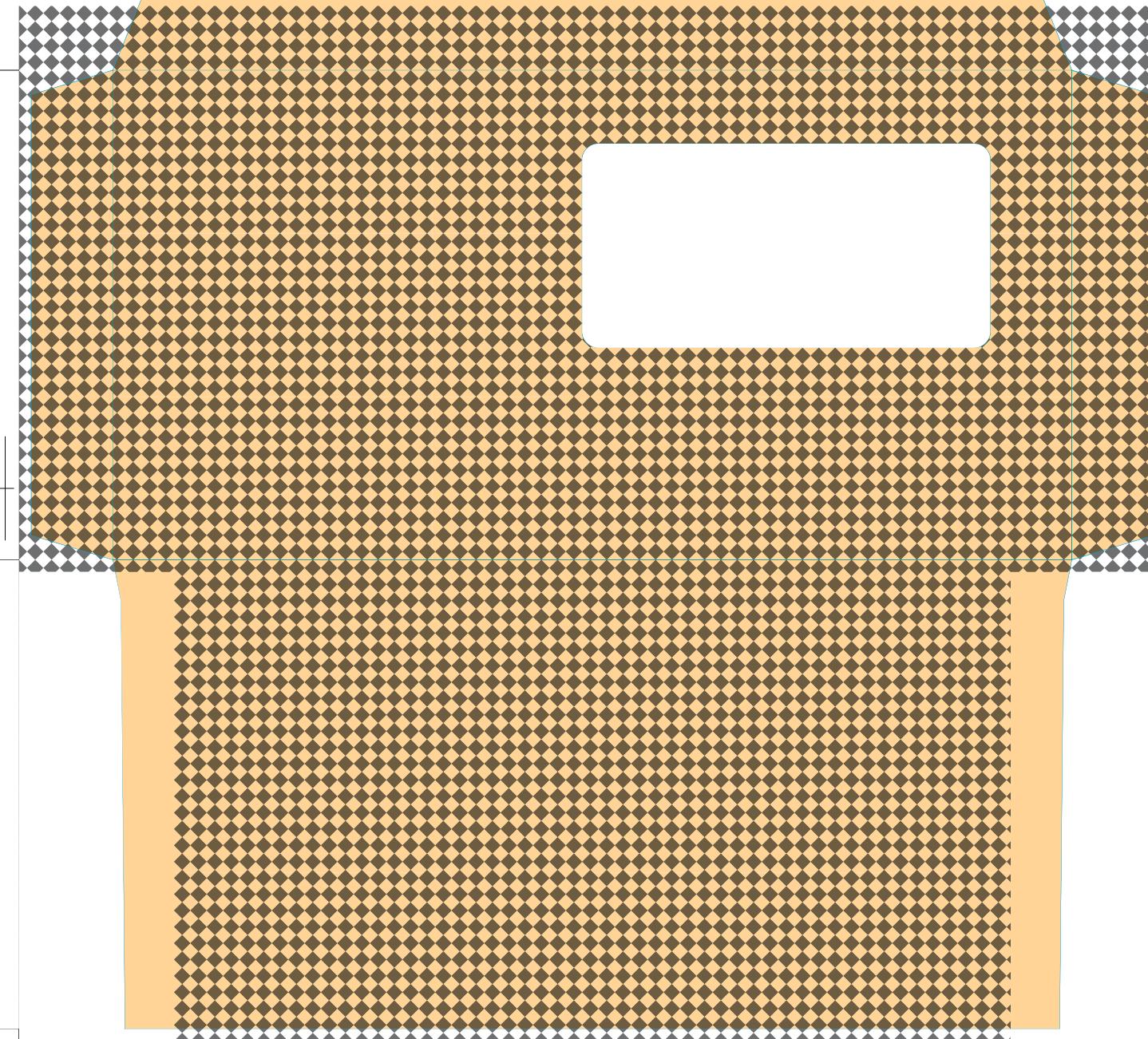
裏

仕上がり寸法 : 235 mm × 120 mm ペロ 30 mm
展開寸法 : 275 mm × 265 mm

天

K

地



高額療養費の支給申請について(お知らせ)

(公印省略)

受付窓口【申請書提出先】

(問合せ先)

住所

電話

1ヶ月(同じ月内)の医療費の自己負担額が限度額を超えたため、高額療養費の支給対象となりました。右側の「後期高齢者医療高額療養費支給申請書」及び同封の「申立書」を提出していただくことにより限度額を超えた金額が払い戻されます。自己負担限度額については、別紙をご参照ください。提出先は上記受付窓口です。

該当診療年月	
支給予定金額	

※支給予定金額については、所得状況などにより変更になる可能性があります。

1 申請書をお持ちいただくのは、お住まいの市区町村の後期高齢者医療担当窓口(上記受付窓口)です。

- ※一度ご申請をしていただくと、以降は原則自動的に振り込まれますので、次回からはお手続きの必要はありません。
- ※郵送での提出も可能です。提出にあたり、ご不明な点がある場合は、お住まいの市区町村の後期高齢者医療担当窓口(上記受付窓口)にお問い合わせください。

《申請に必要なもの》

- (1) 「後期高齢者医療高額療養費支給申請書」及び「後期高齢者医療給付費に関する申請及び受領に関する申立書」
- (2) 申請者(相続人等)の本人確認をするための書類
(マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等)※顔写真のないものの場合は2点必要です。
- (3) 相続人等であることを証明する書類(戸籍謄本の写し、公正証書等)
※お亡くなりになった方と住民票上で同世帯の場合、書類を省略できることがあります。
- (4) 振込先が確認できるもの(銀行の預金通帳等)
- (5) 申請者(相続人等)の印かん(朱肉を使用するもの)
- (6) 資格確認書※お持ちいただくことが可能な場合のみ

2 相続人の方へ

お亡くなりになった方の高額療養費は、相続人の方が申請することができます。申請につきましては、右側の「後期高齢者医療高額療養費支給申請書」、同封の「後期高齢者医療給付費に関する申請及び受領に関する申立書」をお亡くなりになった方がお住まいだった市区町村の後期高齢者医療担当窓口(上記受付窓口)へご提出ください。

3 申請書の記入にあたっては…

別紙の記入例を参考のうえ、右側の申請書及び同封の申立書に、電話番号、氏名、振込先等の必要事項を記入・押印してください。

4 対象となる自己負担額とは…

病院・診療所、歯科、調剤薬局などで支払った医療費の自己負担分が合算されます。入院時の食事代や、保険のきかない診療や差額ベッド代等は対象となります。

5 申請書の提出はいつまでに…

申請のご案内が届いた日の翌日から2年を経過すると、原則として時効となり給付を受ける権利が消滅します。

第16号様式1の1

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

個人番号			
保険者番号			
被保険者番号			
生年月日	年	月	日
	電話番号		

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

下記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

住所

申請者

氏名

<input checked="" type="checkbox"/> 下記の口座を振込先に指定します。				<input type="checkbox"/> マイナンバーに紐づけされた公金受取口座を指定します。			
<p style="text-align: center;">↓</p>				<p style="text-align: center;">※お亡くなりになった方や、相続人の方については公金受取口座は指定できません。下記に振込先をご記入ください。</p>			
振込先	銀行	信用金庫	支店	預金種目	1. 普通	口座番号	
	信用組合	農業協同組合	支所				
	漁業協同組合	出張所					
金融機関コード		支店コード	口座名義人				
口座名義人(カタカナ)							

※口座番号は右詰で記載してください。
※口座名義人(カタカナ)は上段より左詰で記載してください(濁点・半濁点は1字として、姓と名の間を1字空けてください)。

私は、次の者に高額療養費の受領に関する一切の権限を委任します。	
受任者(口座名義人)	委任者(申請者)
住所	
氏名	印

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か

[※原爆一般疾病医療費、特定疾患の治療研究に係る医療給付など、後期高齢者医療高額療養費制度以外の公費負担医療制度等により支給を受けられる場合に、ご記入ください。]

制度名

※処理欄	支給金額			受付印
	円			
	(備考)			
本人確認(代理人本人確認)済み <input type="checkbox"/> 第三者行為あり <input type="checkbox"/>				

※処理欄には何も記載しないでください。

高額療養費の月間の自己負担限度額について

高額療養費の自己負担限度額（月額）は、下の表の通りです。令和4年10月から変更されました。ご参照ください。

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 課税所得 690万円以上	3割	252,600円+（総医療費※1－842,000円）×1% 【140,100円】※2	
現役並み所得者Ⅱ 課税所得 380万円以上		167,400円+（総医療費※1－558,000円）×1% 【93,000円】※2	
現役並み所得者Ⅰ 課税所得 145万円以上		80,100円+（総医療費※1－267,000円）×1% 【44,400円】※2	
一般Ⅱ※3	2割	18,000円※7	57,600円 【44,400円】※2
一般Ⅰ※4	1割	18,000円	
区分Ⅱ※5			24,600円
区分Ⅰ※6		8,000円	15,000円

※1 総医療費とは、保険適用される費用の総額（10割）です。領収書等に記載されている保険点数の合計を10倍したものが総医療費になります。

※2 【】内の金額は、過去12カ月間に高額療養費の支給が3回あった場合の4回目以降（多数回該当）から適用される限度額です（他の医療保険での支給回数は、通算されません）。「外来（個人単位）」の限度額による支給は、多数回該当の回数に含みません。ただし、「現役並み所得者」の被保険者は、個人の外来のみで「外来＋入院（世帯単位）」の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 同じ世帯に住民税課税所得が28万円以上で、3割負担以外の被保険者がいる場合で、次の「アまたはイ」に該当する方。

ア 同じ世帯に被保険者が1人で「年金収入+その他の合計所得金額」が200万円以上

イ 同じ世帯に被保険者が2人以上で「年金収入+その他の合計所得金額」が320万円以上

※4 現役並み所得者Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ、一般Ⅱ、区分Ⅱ・Ⅰ以外の被保険者。

※5 世帯の全員が市町村民税非課税の被保険者（区分Ⅰ以外の方）。

※6 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（年金収入は令和7年7月までは控除額800,000円、令和7年8月以降は806,700円で計算）が0円となる被保険者および、世帯の全員が市町村民税非課税であり、かつ、本人が老齢福祉年金を受給している被保険者（区分Ⅰ老齢福祉年金受給者）。

※7 令和7年9月30日まで（2割負担施行後3年間）は激変緩和措置として、18,000円または「6,000円+（総医療費－30,000円）×10%」のいずれか低い方を適用します。総医療費が30,000円未満の場合は、30,000円として計算します。

記入例

第16号様式1の1

【受付窓口】(申請書提出先)
お住まいの市区町村の後期高齢者医療担当窓口

床険者番号 59141234

被保険者番号 12345678

生年月日 昭和11年 1月 1日

個人番号(マイナンバー)を
ご記入ください。

個人番号 123456789012

被保険者
氏名 広域 太郎

電話番号 000-000-0000

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

下記のとおり、高額療養費の支給を申請
令和〇〇年〇〇月〇〇日
住所 神奈川県横

申請者 氏名 神奈川 花子

日中連絡のつく電話番号
をご記入ください。
(別紙申立書の申立人と同じ方)金融機関口座または公金受取口座のいずれか1つをご選択ください。
公金受取口座に☑があり、下記の振込先も記載されている場合は、公金受取口座を優先します。

☑下記の口座を振込先に指定します。 ☐マイナンバーに紐づけされた公金受取口座を指定します。

※ お亡くなりになりました
指定できません 口座番号は右詰めで記入

銀行 信用金庫 □△

当座口座を指定する場合は「1. 普通」を二重線で取り消して「当座」とご記入ください。
普通と当座以外の口座(貯蓄口座など)を指定することはできません。

預金種目 1. 普通 口座番号 1 1 1 1 1 1 1 1

店 所 口座名義人 神奈川 花子

元 口座名義人(カタカナ) カナカワ ハナコ

口座名義人(カタカナ)は上段より左詰めで
ご記入ください。(濁点・半濁点は1字として、姓と名の間を1字空けてください)。※印 〔ゆうちょ銀行をご指定の場合〕
※印 通帳の表紙をめくり、「銀行使用欄」に印字されている振込専用の店名・口座番号(7桁)をご記入ください(記号・番号には振り込みません)。

私印 受印 委任状 申請者(申請者) 委任状を記入する場合は申請者の記名・押印が必要です。

住所 申請者と異なる名義の口座に振込を希望する場合のみご記入ください。

氏名 氏名 (印)

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か

〔※ 原爆一般疾病医療費 特定疾患の治療研究に係る医療給付など 後期高齢者医療高額療養費制度〕

以外の例: 難病の患者に対する医療等に関する法律による特定医療、特定疾患の治療研究に係る医療給付、原爆一般疾病医療費、自立支援医療費など

※処理欄	支給金額 円 (備考)			受付印
		本人確認(代理人本人確認)済み 第三者行為あり	□	

※処理欄には何も記載しないでください。

後期高齢者医療給付費に関する申請及び受領に関する申立書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

申立人

〒231-0017

住所 横浜市中区港町1-1

氏名 神奈川 花子 (印)

電話番号 045-*****

続柄 長女

相続人(申立人)の方の、
住所・氏名・対象の方からみた続柄等
をご記入ください。
※申立人の押印は省略不可です。亡くなられた方の、
氏名・生年月日をご記入ください。私は、【氏名 広域 太郎 (生年月日 M.T. 11年 1月 1日)】の
相続人であり、当該給付費については、他の相続人から代表者として選任されて
いることを申し立てます。なお、当該給付費については私の責任において受領し、神奈川県後期高齢者医
療広域連合に一切迷惑をかけないことを誓約します。

これより下は記入しないでください

※処理欄(市区町村窓口確認欄)

【添付書類】(レ点を付ける)

□戸籍謄本 □住民票
□その他()
□公簿等確認により省略

【備考】

【送付先変更の確認】(どちらかを○で囲む)

1. 申請済み 2. 不要

受付印

後期高齢者医療給付費に関する申請及び受領に関する申立書

令和 年 月 日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

申立人

〒

住所

氏名

(印)

電話番号

続柄

私は、【氏名】(生年月日 M・T・S 年 月 日)の相続人であり、当該給付費については、他の相続人から代表者として選任されていることを申し立てます。

なお、当該給付費については私の責任において受領し、神奈川県後期高齢者医療広域連合に一切迷惑をかけないことを誓約します。

-----これより下は記入しないでください-----

※ 処理欄 (市区町村窓口確認欄)

【添付書類】 (レ点を付ける)

- 戸籍謄本 住民票
その他 ()
公簿等確認により省略

【送付先変更の確認】 (どちらかを○で囲む)

1. 申請済み 2. 不要

受付印

【備考】