

【別紙 3】 月別件数見込

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
帳票作成		25,500	0	0	25,500	0	0	25,500	0	0	25,500	0	0	102,000
内訳	存命者	24,480	0	0	24,480	0	0	24,480	0	0	24,480	0	0	97,920
	死亡者（約4%）	1,020	0	0	1,020	0	0	1,020	0	0	1,020	0	0	4,080
印字データ受領～納品・発送		8,500	8,500	8,500	8,500	8,500	8,500	8,500	8,500	8,500	8,500	8,500	8,500	102,000
内訳	存命者	8,160	8,160	8,160	8,160	8,160	8,160	8,160	8,160	8,160	8,160	8,160	8,160	97,920
	死亡者（約4%）	340	340	340	340	340	340	340	340	340	340	340	340	4,080

※合計は1の位を切り上げ

【別紙4】日程表

	高額療養費 支給日	印字データ 引渡日	引抜データ 引渡日	広域連合 納品日	指定郵便局 納品日
令和 8 年	4月20日(月)	4月1日(水)※	4月8日(水)	4月17日(金)	4月20日(月)
	5月19日(火)	4月21日(火)	5月7日(木)	5月18日(月)	5月19日(火)
	6月19日(金)	5月26日(火)	6月9日(火)	6月18日(木)	6月19日(金)
	7月21日(火)	6月23日(火)	7月8日(水)	7月17日(金)	7月21日(火)
	8月19日(水)	7月28日(火)	8月6日(木)	8月18日(火)	8月19日(水)
	9月24日(木)	8月25日(火)	9月9日(水)	9月18日(金)	9月24日(木)
	10月19日(月)	9月25日(金)	10月6日(火)	10月16日(金)	10月19日(月)
	11月19日(木)	10月27日(火)	11月9日(月)	11月18日(水)	11月19日(木)
	12月21日(月)	11月25日(水)	12月9日(水)	12月18日(金)	12月21日(月)
令和 9 年	1月19日(火)	12月22日(火)	1月6日(水)	1月18日(月)	1月19日(火)
	2月19日(金)	1月26日(火)	2月8日(月)	2月18日(木)	2月19日(金)
	3月19日(金)	2月24日(水)	3月9日(火)	3月18日(木)	3月19日(金)

※要調整

システム運用日程確定前のため暫定。確定後に受託者と協議の上で最終日程を確定。

【別紙 5】提供データにおける文字の標準仕様について

項目	仕様
文字コード	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
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

【別紙6】ファイルレイアウト

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	高額療養費	
		機能ID	KD07	
ファイル名称	高額給付リストファイル		ファイルID	KD07F914N

備考	
----	--

#	日本語名称(項目名称)	再定義	レベル	データ名(記号項目名称)	属性	長さ	反復回数	開始位置	編集方法
1	送付区分コード		03	SOFU_KBN_CD	X	2		1	
2	外字桁あふれ区分コード(住所)		03	GJKA_KBN_CD_AT_AD_KJ	X	1		3	
3	外字桁あふれ区分コード(氏名)		03	GJKA_KBN_CD_AT_SHMKJ	X	1		4	
4	外字桁あふれ区分コード(被保険者名)		03	GJKA_KBN_CD_HH_SHMKJ	X	1		5	
5	支給情報		03	KYF_SNSI_DATA_AREA				6	
6	支給整理番号		05	SKY_SEIR_NO	X	12		6	
7	被保険者番号		05	HHS_BNG	X	8		18	
8	宛番号		05	KJN_BNG	X	16		26	
9	個人区分コード		05	KJN_KBN_CD	X	1		42	
10	診療年月		05	SNRY_YM	X	6		43	
11	診療年月(日付形式)		05	SNRY_YM_D	X	6		49	
12	診療年月(日付形式)2		05	SNRY_YM_D2				55	
13	診療年月(元号)		07	SNRY_GNGO	N	2		55	
14	診療年月-年		07	SNRY_YY	X	2		59	
15	診療年月-年(文言)		07	SNRY_YY_KJ	N	1		61	
16	診療年月-月		07	SNRY_MM	X	2		63	
17	診療年月-月(文言)		07	SNRY_MM_KJ	N	1		65	
18	合計点数		05	GK_TNSU	9	14		67	先頭1バイト目は符号を設定
19	公費点数		05	KOH_GK_TNSU	9	14		81	先頭1バイト目は符号を設定
20	一部負担額		05	IFGK	9	14		95	先頭1バイト目は符号を設定
21	自己負担額		05	JKO_FTN_GK	9	14		109	先頭1バイト目は符号を設定
22	限度額		05	FTN_GDGK	9	14		123	先頭1バイト目は符号を設定
23	高額療養費		05	KGRH_KGK	9	14		137	先頭1バイト目は符号を設定
24	現物支給		05	GK_KGK	9	14		151	先頭1バイト目は符号を設定
25	償還額		05	SYKK_KGK	9	14		165	先頭1バイト目は符号を設定
26	支給金額		05	SKY_KGK	9	14		179	先頭1バイト目は符号を設定

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	高額療養費		
		機能ID	KD07		
ファイル名称	高額給付リストファイル		ファイルID	KD07F914N	

備考	
----	--

#	日本語名称(項目名称)	再定義	レベル	データ名(記号項目名称)	属性	長さ	反復回数	開始位置	編集方法
27	貸付額		05	KS_GK	9	14		193	先頭1バイト目は符号を設定
28	充当額		05	JYTGK	9	14		207	先頭1バイト目は符号を設定
29	調整額		05	SKY_TYS_GK	9	14		221	先頭1バイト目は符号を設定
30	今回支給額		05	KGSK_KGS_LK GK	9	14		235	先頭1バイト目は符号を設定
31	前回支給額		05	ZNK_LKGRH_K GK	9	14		249	先頭1バイト目は符号を設定
32	多数該当区分		05	TSK_LKBN_CD	X	1		263	
33	多数該当区分(漢字)		05	TSK_LKBN_KJ	N	2		264	
34	負担区分		05	FTN_KBN_CD	X	2		268	
35	負担区分(漢字)		05	FTN_KBN_KJ	N	3		270	
36	基本情報	03		SKYKHN_AREA				276	
37	ソート用保険者番号		05	SORT_HKNS_NO	X	8		276	
38	保険者番号		05	HKNS_NO	X	8		284	
39	保険者名称		05	HKNS_NM_KJ	N	20		292	
40	現保険者番号		05	GN_HKNS_NO	X	8		332	
41	作成年月日		05	SKS_LYMD	X	8		340	
42	作成年月日(日付形式)		05	SKS_LYMD_D				348	
43	作成年月日-元号		07	SKS_LGNGO	N	2		348	
44	作成年月日-年		07	SKS_LYY	X	2		352	
45	作成年月日-年(文言)		07	SKS_LYY_KJ	N	1		354	
46	作成年月日-月		07	SKS_LMM	X	2		356	
47	作成年月日-月(文言)		07	SKS_LMM_KJ	N	1		358	
48	作成年月日-日		07	SKS_LDD	X	2		360	
49	作成年月日-日(文言)		07	SKS_LDD_KJ	N	1		362	
50	処理年月日		05	SHOR_LYMD	X	8		364	
51	処理年月日(日付形式)		05	SHOR_LYMD_D				372	
52	処理年月日-元号		07	SHOR_LGNGO	N	2		372	
53	処理年月日-年		07	SHOR_LYY	X	2		376	

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	高額療養費		
		機能ID	KD07		
ファイル名称	高額給付リストファイル			ファイルID	KD07F914N

備考	
----	--

#	日本語名称(項目名称)	再定義	レベル	データ名(記号項目名称)	属性	長さ	反復回数	開始位置	編集方法
54	処理年月日-年(文言)		07	SHOR_LYY_KJ	N	1		378	
55	処理年月日-月		07	SHOR_LMM	X	2		380	
56	処理年月日-月(文言)		07	SHOR_LMM_KJ	N	1		382	
57	処理年月日-日		07	SHOR_LDD	X	2		384	
58	処理年月日-日(文言)		07	SHOR_LDD_KJ	N	1		386	
59	文書番号		05	DOC_BNG	N	32		388	
60	通知年月日		05	TUT_YMD	X	8		452	
61	通知年月日(日付形式)		05	TUT_YMD_D				460	
62	通知年月日-元号		07	TUT_GNGO	N	2		460	
63	通知年月日-年		07	TUT_YY	X	2		464	
64	通知年月日-年(文言)		07	TUT_YY_KJ	N	1		466	
65	通知年月日-月		07	TUT_MM	X	2		468	
66	通知年月日-月(文言)		07	TUT_MM_KJ	N	1		470	
67	通知年月日-日		07	TUT_DD	X	2		472	
68	通知年月日-日(文言)		07	TUT_DD_KJ	N	1		474	
69	計算年月		05	KSN_YM	X	8		476	
70	計算年月(日付形式)		05	KSN_YM_D				484	
71	計算年月(元号)		07	KSN_GNGO	N	2		484	
72	計算年月-年		07	KSN_YY	X	2		488	
73	計算年月-年(文言)		07	KSN_YY_KJ	N	1		490	
74	計算年月-月		07	KSN_MM	X	2		492	
75	計算年月-月(文言)		07	KSN_MM_KJ	N	1		494	
76	広域連合名(漢字)		05	KUIK_RNG_NM_KJ	N	4		496	
77	申請先情報	03		SNS_DATA_AREA				504	
78	申請開始日		05	SNS_YM_FR	X	8		504	
79	申請開始日(日付形式)		05	SNS_YM_FR_D				512	
80	申請開始日-元号		07	SNS_YM_FR_GNGO	N	2		512	

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	高額療養費		
		機能ID	KD07		
ファイル名称	高額給付リストファイル			ファイルID	KD07F914N

備考	
----	--

#	日本語名称(項目名称)	再定義	レベル	データ名(記号項目名称)	属性	長さ	反復回数	開始位置	編集方法
81	申請開始日-年		07	SNS_YM_FR_YY	X	2		516	
82	申請開始日-年(文言)		07	SNS_YM_FR_YY_KJ	N	1		518	
83	申請開始日-月		07	SNS_YM_FR_MM	X	2		520	
84	申請開始日-月(文言)		07	SNS_YM_FR_MM_KJ	N	1		522	
85	申請開始日-日		07	SNS_YM_FR_DD	X	2		524	
86	申請開始日-日(文言)		07	SNS_YM_FR_DD_KJ	N	1		526	
87	申請終了日		05	SNS_YM_TO	X	8		528	
88	申請終了日(日付形式)		05	SNS_YM_TO_D				536	
89	申請終了日-元号		07	SNS_YM_TO_GNGO	N	2		536	
90	申請終了日-年		07	SNS_YM_TO_YY	X	2		540	
91	申請終了日-年(文言)		07	SNS_YM_TO_YY_KJ	N	1		542	
92	申請終了日-月		07	SNS_YM_TO_MM	X	2		544	
93	申請終了日-月(文言)		07	SNS_YM_TO_MM_KJ	N	1		546	
94	申請終了日-日		07	SNS_YM_TO_DD	X	2		548	
95	申請終了日-日(文言)		07	SNS_YM_TO_DD_KJ	N	1		550	
96	申請開始時間		05	SNS_HM_FR	X	6		552	
97	申請開始時間(編集形式)		05	SNS_HM_FR_D				558	
98	申請開始時間(時)		07	SNS_HM_FR_HH	X	2		558	
99	申請開始時間(文言)		07	SNS_HM_FR_CRN	X	1		560	
100	申請開始時間(分)		07	SNS_HM_FR_MM	X	2		561	
101	申請終了時間		05	SNS_HM_TO	X	6		563	
102	申請終了時間(編集形式)		05	SNS_HM_TO_D				569	
103	申請終了時間(時)		07	SNS_HM_TO_HH	X	2		569	
104	申請終了時間(文言)		07	SNS_HM_TO_CRN	X	1		571	
105	申請終了時間(分)		07	SNS_HM_TO_MM	X	2		572	
106	申請曜日		05	SNS_WEEK	N	10		574	
107	申請場所1		05	SNS_SITE1	N	20		594	

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	高額療養費		
		機能ID	KD07		
ファイル名称	高額給付リストファイル		ファイルID	KD07F914N	

備考	
----	--

#	日本語名称(項目名称)	再定義	レベル	データ名(記号項目名称)	属性	長さ	反復回数	開始位置	編集方法
108	申請場所2		05	SNS_SITE2	N	20		634	
109	宛名情報		03	ATEN_DATA_AREA				674	
110	郵便番号		05	AT_ZIPCD	X	7		674	
111	郵便番号(編集形式)		05	AT_ZIPCD_Z	N	8		681	
112	住所1		05	AT_AD_KJ1	N	20		697	
113	住所2		05	AT_AD_KJ2	N	20		737	
114	住所3		05	AT_AD_KJ3	N	20		777	
115	住所4		05	AT_AD_KJ4	N	20		817	
116	住所5		05	AT_AD_KJ5	N	20		857	
117	氏名(漢字)		05	AT_SHMKJ	N	40		897	
118	首長名肩書(漢字)		05	AT_SYTM_KTGG_KJ				977	
119	首長名肩書1		07	AT_SYTM_KTGG_KJ1	N	25		977	
120	首長名肩書2		07	AT_SYTM_KTGG_KJ2	N	25		1027	
121	首長名(漢字)		05	AT_SYTM_KJ	N	25		1077	
122	バーコード用住所		05	BCD_AD	X	207		1127	
123	住所(編集前)		05	AT_AD_KJ_HM	N	116		1334	
124	氏名(漢字)(編集前)		05	AT_SHMKJ_HM	N	40		1566	
125	被保険者情報		03	HHK_ATEN_DATA_AREA				1646	
126	郵便番号		05	HH_ZIPCD	X	7		1646	
127	郵便番号(編集形式)		05	HH_ZIPCD_Z	N	8		1653	
128	住所1		05	HH_AD_KJ1	N	20		1669	帳票作成上、未使用
129	住所2		05	HH_AD_KJ2	N	20		1709	帳票作成上、未使用
130	住所3		05	HH_AD_KJ3	N	20		1749	帳票作成上、未使用
131	住所4		05	HH_AD_KJ4	N	20		1789	帳票作成上、未使用
132	住所5		05	HH_AD_KJ5	N	20		1829	帳票作成上、未使用
133	氏名(漢字)		05	HH_SHMKJ	N	20		1869	
134	氏名(漢字)(編集前)		05	HH_SHMKJ_HM	N	20		1909	

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	高額療養費		
		機能ID	KD07		
ファイル名称	高額給付リストファイル		ファイルID	KD07F914N	

備考	
----	--

#	日本語名称(項目名称)	再定義	レベル	データ名(記号項目名称)	属性	長さ	反復回数	開始位置	編集方法
135	生年月日		05	HH_BRTH_YMD	X	8		1949	
136	生年月日(編集形式)		05	HH_BRTH_YMD_D				1957	
137	生年月日-元号		07	HH_BRTH_GNGO	N	2		1957	
138	生年月日-年		07	HH_BRTH_YY	X	2		1961	
139	生年月日-年(文言)		07	HH_BRTH_YY_KJ	N	1		1963	
140	生年月日-月		07	HH_BRTH_MM	X	2		1965	
141	生年月日-月(文言)		07	HH_BRTH_MM_KJ	N	1		1967	
142	生年月日-日		07	HH_BRTH_DD	X	2		1969	
143	生年月日-日(文言)		07	HH_BRTH_DD_KJ	N	1		1971	
144	性別		05	HH_SEX_CD	X	1		1973	
145	性別(漢字)		05	HH_SEX_KJ	N	1		1974	
146	電話番号		05	HH_TEL_NO	X	16		1976	
147	問い合わせ先	03		TIAWSSK_AREA				1992	
148	問い合わせ先右		05	TIAWSSK_AREA_R				1992	
149	問い合わせ先名右		07	TIAWSSK_NM_R	N	16		1992	
150	組織名右		07	TIAWSSK_SSK_NM_R	N	20		2024	
151	組織名右2		07	TIAWSSK_SSK_NM_R2	N	30		2064	
152	郵便番号右		07	TIAWSSK_ZIPCD_R	X	7		2124	
153	郵便番号右(編集形式)		07	TIAWSSK_ZIPCD_Z_R	N	9		2131	
154	住所1右		07	TIAWSSK_AD_KJ1_R	N	20		2149	
155	住所2右		07	TIAWSSK_AD_KJ2_R	N	20		2189	
156	連絡先右		07	TIAWSSK_TEL_NO_R	X	16		2229	
157	問い合わせ先左		05	TIAWSSK_AREA_L				2245	
158	問い合わせ先名左		07	TIAWSSK_NM_L	N	16		2245	
159	組織名左		07	TIAWSSK_SSK_NM_L	N	20		2277	
160	組織名左2		07	TIAWSSK_SSK_NM_L2	N	30		2317	
161	郵便番号左		07	TIAWSSK_ZIPCD_L	X	7		2377	

【別紙 7】 帳票マッピング

■勸奨通知（存命者向け）

帳票マッピング

【表】

No.1 134-8585 202101780876 No.5 令和 7年 11月 19日 No.8
No.2 東京都江戸川区 神奈川県後期高齢者医療広域連合 No.9
臨海町5丁目2-2

No.3 神奈川 広域太郎 様 本村 賢太郎 No.10
No.4 (公印省略)
No.6 05000001# No.7



【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
※お問い合わせは、年末年始（12月31日～1月3日）は受付できません。
※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カ月（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。）

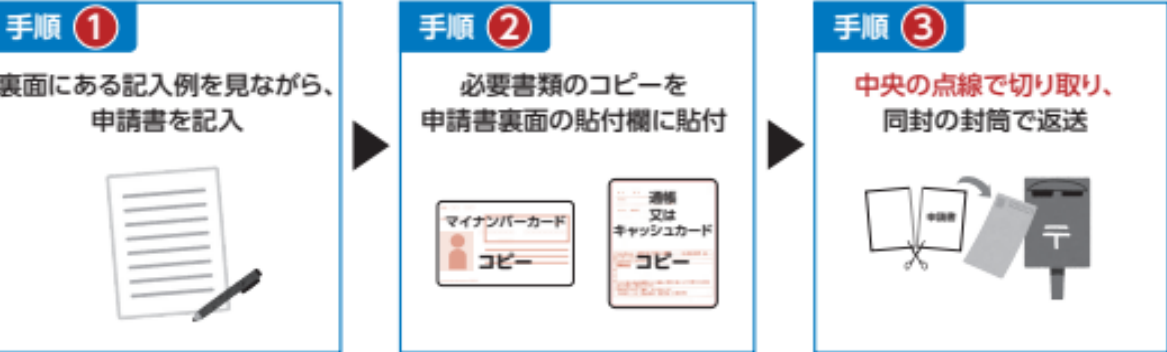
●該当診療年月 令和 7年 8月 No.11
●支給予定金額 1,234円^{（※2）} No.12

（※1）ご申請いただきますと、初回は2～4カ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カ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】

- 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。
- 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、原則として時効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 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）

※原本は貼り付けしないでください。
※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



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）

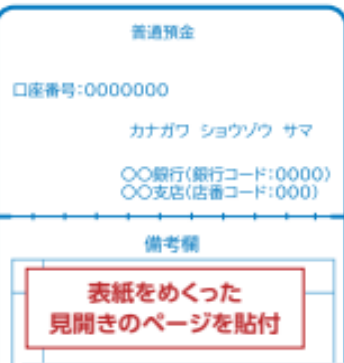
・資格確認書のコピー ・パスポートのコピー ・運転免許証のコピー（または運転経歴証明書のコピー）

金融機関口座をご指定の方

② 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 3 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）



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「3 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

必ずお切り取りください。

【裏】

第16号様式1の2

手順 1

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

記入例をご参照のうえ、下記B～Dの必要箇所にご記入ください。

A 被保険者情報

保険者番号

88888888

被保険者番号

77777777

個人番号

氏名

神奈川 広域太郎

生年月日

昭和 10年 11月 12日

B 申請者欄(被保険者又は成年後見人)

神奈川県後期高齢者医療広域連合長宛

下記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

令和 年 月 日

氏名

フリガナ

電話番号

住所

C 口座情報記入欄

振込先は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。

両方記入されている場合は、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。

※下記、口座名義人と①②いずれかの金融機関情報を記入してください。

☒ 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。

※公金受取口座は被保険者本人のみ利用可能です。

※公金受取口座を登録されていない場合は利用できません。

口座名義人(カタカナ)

☒ ① 金融機関(ゆうちょ銀行以外)へ振込

金融機関名・コード

支店名・コード

預金種別

口座番号(右詰めでお書きください。)

☒ ② ゆうちょ銀行へ振込

ゆうちょ銀行(郵便局)の総合口座に振り込みの場合

※通常貯蓄貯金口座は不可

通帳記号(6桁目がある場合は、※欄にご記入ください。)

通帳番号(右詰めでお書きください。)

D 委任状欄

※被保険者ご本人・成年後見人以外の方の口座を指定される場合はご記入ください。

令和 年 月 日

私(委任者)は、次の者(受任者)へ高額療養費の受領に関する一切の権限を委任いたします。

受任者(口座名義人)

氏名

フリガナ

住所

委任者(申請者)

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

※原簿一般疾病医療費、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

発病又は負傷の理由

☐ 第三者行為(交通事故等)

☐ その他(自損事故・疾病等)

裏面の貼付欄に必要書類を貼付の上、申請書の原本をご返送ください

No.17

8888888877777771

ご登録いただく口座情報によって、ご記入いただく内容が異なります。

下記をご参照の上、該当箇所にご記入ください。

A 被保険者情報が、ご本人の情報であるかをご確認ください。

B 申請者欄は、被保険者ご本人又は、成年後見人がご記入ください。

C ～ D ご登録される口座名義人によって記入箇所が異なります。

被保険者ご本人の口座を登録の場合

成年後見人の口座を登録の場合

被保険者ご本人・成年後見人以外の方の口座を登録の場合

をCをご記入ください。

をCをご記入ください。

をC Dをご記入ください。

記入例

黒色のボールペンでご記入ください。((消せるボールペンは使用しないでください))
また、誤って記入した場合は二重線で訂正してください。(訂正印は不要です)

手順 1 後期高齢者医療高額療養費支給申請書

記入例をご参照のうえ、下記B～Dの必要箇所にご記入ください。

A 被保険者情報

保険者番号 12345678 被保険者番号 12345678 個人番号 ***** 氏名 神奈川 正蔵 生年月日 昭和 20年 11月 11日

B 申請者欄(被保険者又は成年後見人)

神奈川県後期高齢者医療広域連合長宛 下記のとおり、高額療養費の支給を申請します。 令和 年 月 日

氏名 神奈川 正蔵 電話番号 000-0000-0000 住所 神奈川県横浜市中区本町8-1

C 口座情報記入欄

振込先は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。 両方記入されている場合は、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。

※下記、口座名義人と①②いずれかの金融機関情報を記入してください。

☒ 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。

※公金受取口座は被保険者本人のみ利用可能です。

※公金受取口座を登録されていない場合は利用できません。

口座名義人(カタカナ) カナガワ ショウソウ

☒ ① 金融機関(ゆうちょ銀行以外)へ振込

金融機関名・コード 1234 支店名・コード 001 預金種別 普通 口座番号 00000000000000000000

☒ ② ゆうちょ銀行へ振込

ゆうちょ銀行(郵便局)の総合口座に振り込みの場合

※通常貯蓄貯金口座は不可

通帳記号 10 通帳番号 00000000000000000000

D 委任状欄

※被保険者ご本人・成年後見人以外の方の口座を指定される場合はご記入ください。

私(委任者)は、次の者(受任者)へ高額療養費の受領に関する一切の権限を委任いたします。

受任者(口座名義人) 氏名 住所

委任者(申請者) 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

※原簿一般疾病医療費、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

発病又は負傷の理由

☐ 第三者行為(交通事故等)

☐ その他(自損事故・疾病等)

裏面の貼付欄に必要書類を貼付の上、申請書の原本をご返送ください

A ご本人の情報であるかをご確認ください。

B 被保険者ご本人又は成年後見人の方が、申請書欄の以下の項目をご記入ください。

●記入年月日 ●氏名 ●フリガナ ●電話番号 ●住所

※ 成年後見人が申請される場合は、成年後見人の氏名・フリガナ・電話番号・住所をご記入ください。

C 振込先の口座をご選択ください。

公金受取口座をご指定の場合(ご登録済みの方)

「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。」の□に✓をご記入ください。

※マイナンバーに口座が登録されていない場合は利用できませんので、登録状況などを事前にご確認の上、ご申請ください。

※公金受取口座をご指定の場合、以降の口座情報のご記入及び裏面の②口座確認書類の貼付は不要です。

公金受取口座以外の金融機関口座をご指定の場合

「下記の口座を振込先に指定します。」の□に✓をご記入のうえ、口座名義人及び口座情報をご記入ください。

※口座名義人(カタカナ)が20文字を超える場合は口座名義の先頭から20文字目までをご記入ください。

※口座情報は、①金融機関②ゆうちょ銀行のどちらかの□に✓をご記入ください。

申請者が被保険者ご本人の場合

被保険者ご本人の口座情報をご記入ください。

申請者が成年後見人の場合

成年後見人又は被保険者ご本人の口座情報をご記入ください。

高額療養費の受領に関する一切の権限を受任される場合

D 委任状欄にご記入の上、受任者の口座情報をご記入ください。

D 委任状欄をご記入ください。

受任者(口座名義人)

右記 C の口座名義人の氏名・フリガナ・住所をご記入ください。

委任者(申請者)

右記 B で記載した申請者の氏名を記入・押印してください。

ご記入が完了されました裏面の貼付欄に必要書類(コピー)を貼付してください。

必ずお切り取りください。

2 / 8 ページ

マッピングレイアウト

No.	印字項目	高額給付リストファイルのデータ		データ仕様・処理要件
		#（項番）	データ名	
1	宛名情報_郵便番号（編集形式）	111	AT_ZIPCD_Z	
2	住所	112～116	AT_AD_KJ1／AT_AD_KJ2／ AT_AD_KJ3／AT_AD_KJ4／ AT_AD_KJ5	住所エラーフラグの値により印字対象・対象外を判断する（注 1 参照）
3	氏名（漢字）	117	AT_SHMKJ	宛名氏名エラーフラグの値により印字対象・対象外を判断する（注 2 参照）
4	バーコード用住所	122	BCD_AD	
5	支給整理番号	6	SKY_SEIR_NO	封筒窓から見える位置に印字 例：202101780876
6	作業シーケンス番号バーコード	-	-	選付処理用として被保険者番号に紐づくシーケンス番号を付与
7	作業シーケンス番号	-	-	機械封入用の番号を付与。カメラ読取りで封入漏れ検知を実施。 ※OCRBフォントを利用
8	通知年月日	62～68	TUT_GNGO／TUT_YY／ TUT_YY_KJ／TUT_MM／ TUT_MM_KJ／TUT_DD／ TUT_DD_KJ	
9	首長名肩書 1	119	AT_SYTM_KTGK_KJ1	
10	首長名（漢字）	121	AT_SYTM_KJ	No.9：首長名肩書 1 に対して、右揃え
11	診療年月	13～17	SNRY_GNGO／SNRY_YY／ SNRY_YY_KJ／SNRY_MM／ SNRY_MM_KJ	
12	支給予定金額_今回支給額	30	KGSK_KGSI_KGK	先頭 1 バイト目は符号を設定を編集 例：+0000000001716 → 1,716円
13	現保険者番号	40	GN_HKNS_NO	
14	被保険者情報_被保険者番号	7	HHS_BNG	
15	被保険者情報_被保険者氏名（漢字）	133	HH_SHMKJ	被保険者名エラーフラグの値により印字対象・対象外を判断する（注 3 参照） ※送付先設定が設定されていなくて、通称名区分コード（＃179）が[1]だった場合、通称名に置き換 わるが、印字はそのまま実施。
16	生年月日（編集形式）	137～143	HH_BRTH_GNGO／ HH_BRTH_YY／ HH_BRTH_YY_KJ／ HH_BRTH_MM／ HH_BRTH_MM_KJ／ HH_BRTH_DD／ HH_BRTH_DD_KJ	
17	PDFファイルリネーム用バーコード	38／7	HKNS_NO HHS_BNG	HKNS_NO（8桁）＋HHS_BNG（8桁）＋チェックデジット（1桁）＝計17桁

注 1）レイアウト番号#2「外字桁あふれ区分コード(住所)」（GJKA_KBN_CD_AT_AD_KJ））のエラー内容により印字対象・対象外を判断

エラー内容	フラグの値	受領データ	対応内容
外字桁あふれエラー無	「ス ペ ー ス」	（変換なし）	発送対象
外字エラー	「1」	該当文字が空白に変換される	該当文字を空白印字して広域連合へ送付
桁あふれエラー	「2」	すべて空白に変換される	すべて空白のまま印字して広域連合へ送付
外字＋桁あふれエラー	「3」	すべて空白に変換される	すべて空白のまま印字して広域連合へ送付
バーコード生成エラー	「4」	（数値あり/なし）	発送対象。変換可能な場合は変換し印字してBC付きで差出、変換不可の場合はBC無しで差出
外字＋バーコード生成エラー	「5」	該当文字が空白に変換される	該当文字を空白印字して広域連合へ送付
桁あふれ＋バーコード生成エラー	「6」	すべて空白に変換される	すべて空白のまま印字して広域連合へ送付
外字＋桁あふれ＋バーコード生成エラー	「7」	すべて空白に変換される	すべて空白のまま印字して広域連合へ送付

注 2）宛名氏名エラーフラグ（レイアウト番号#3「外字桁あふれ区分コード(氏名)」（GJKA_KBN_CD_AT_SHMKJ））の値により印字対象・対象外を判断

エラー内容	フラグ	受領データ	対応内容
外字桁あふれエラー無	「ス ペ ー ス」	（変換なし）	発送対象
外字エラー	「1」	該当文字が空白に変換される	該当文字を空白印字して広域連合へ送付
桁あふれエラー	「2」	すべて空白に変換される	すべて空白のまま印字して広域連合へ送付
外字＋桁あふれエラー	「3」	すべて空白に変換される	すべて空白のまま印字して広域連合へ送付
未入力エラー	「4」	すべて空白に変換される	印字対象外（報告対象）

注 3）被保険者名エラーフラグ（レイアウト番号#4「外字桁あふれ区分コード(被保険者名)」（GJKA_KBN_CD_HH_SHMKJ））の値により印字対象・対象外を判断

エラー内容	フラグ	受領データ	対応内容
外字桁あふれエラー無	「ス ペ ー ス」	（変換なし）	発送対象
外字エラー	「1」	該当文字が空白に変換される	該当文字を空白印字して広域連合へ送付
桁あふれエラー	「2」	すべて空白に変換される	すべて空白のまま印字して広域連合へ送付
外字＋桁あふれエラー	「3」	すべて空白に変換される	すべて空白のまま印字して広域連合へ送付

【表】

XXXXXXXXXX
NN XX NN XX
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
(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
TEL 0570-055600
受付 月曜日～金曜日
※お問い合わせは、受付時間内（午前9時～午後5時）にお願いします。
※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受託し、キャノンマーケティングジャパン株式会社
が千葉市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カ月（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 NN XX NN XX
●支給予定金額 XX, XXX, XXX, XXX, XXX N (※2)

（※1）ご申請いただきますと、初回は2～4カ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カ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】

- 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。
- 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、原則として時効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）

※原本は貼り付けしないでください。

※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

00000000000000000000 0000

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

② 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：00000000
カナガワ ショウソウ サマ
〇〇銀行（銀行コード：0000）
〇〇支店（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

〇〇銀行
カナガワ ショウソウ
0000-000-0000000

※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

【裏】

第16号様式1の2

手順 1 後期高齢者医療高額療養費支給申請書

記入例をご参照のうえ、下記B～Dの必要箇所にご記入ください。

A 被保険者情報

保険者番号	XXXXXXXX	被保険者番号	XXXXXXXX	個人番号	XXXXXXXXXXXX
氏名	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN			生年月日	NN XXN XXN XXN

※個人番号は神奈川県後期高齢者医療広域連合が把握し取得しています。本申請は郵送による申請としており、適切な安全管理が必要なことから、[*****]（アスタリスク）表記としております。

B 申請者欄（被保険者又は成年後見人）

神奈川県後期高齢者医療広域連合長宛 下記のとおり、高額療養費の支給を申請します。 令和 年 月 日

氏名	フリガナ	電話番号	
住所			

C 口座情報記入欄

振込先は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。両方記入されている場合は、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。
※下記、口座名義人と①②いずれかの金融機関情報を記入してください。

☒ 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。
※公金受取口座は被保険者本人のみ利用可能です。
※公金受取口座を登録されていない場合は利用できません。

記入箇所は以上です。以下は記入しないでください。

口座名義人 (カタカナ)	
--------------	--

☒ ① 金融機関（ゆうちょ銀行以外）へ振込

金融機関名・コード	支店名・コード	預金種別	口座番号 (右詰めでお書きください。)
<input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> 信用農業協同組合		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	

☒ ② ゆうちょ銀行へ振込

ゆうちょ銀行（郵便局）の総合口座に振り込みの場合 ※通常貯蓄貯金口座は不可	通帳記号 (6桁目がある場合は、※欄にご記入ください。)	通帳番号 (右詰めでお書きください。)
	1 0	1

D 委任状欄

※被保険者ご本人・成年後見人以外の方の口座を指定される場合はご記入ください。

令和 年 月 日 私（委任者）は、次の者（受任者）へ高額療養費の受領に関する一切の権限を委任いたします。

受任者 (口座名義人)	氏名	フリガナ	住所
委任者 (申請者)	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
※医療一般疾病医療費、特定疾患の治療費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。

発病又は負傷の理由 ☐ 第三者行為（交通事故等） ☐ その他（自損事故・疾病等）

裏面の貼付欄に必要書類を貼付の上、申請書の原本をご返送ください

XXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX

ご登録いただく口座情報によって、ご記入いただく内容が異なります。
下記をご参照の上、該当箇所にご記入ください。

A 被保険者情報が、ご本人の情報であるかをご確認ください。

B 申請者欄は、被保険者ご本人又は、成年後見人がご記入ください。

C ～ D ご登録される口座名義人によって記入箇所が異なります。

被保険者ご本人の口座を登録の場合 → C をご記入ください。

成年後見人の口座を登録の場合 → C をご記入ください。

被保険者ご本人、成年後見人以外の方の口座を登録の場合 → C D をご記入ください。

記入例

黒色のボールペンでご記入ください。（消せるボールペンは使用しないでください）
また、誤って記入した場合は二重線で訂正してください。（訂正印は不要です）

手順 1 後期高齢者医療高額療養費支給申請書

記入例として、被保険者ご本人の情報を記入しています。

A 被保険者情報

保険者番号	12345678	被保険者番号	12345678	個人番号	XXXXXXXXXXXX
氏名	神奈川 正蔵			生年月日	000-0000-0000
住所	神奈川県横浜市神奈川区栄町8-1				

B 申請者欄（被保険者又は成年後見人）

被保険者ご本人の情報を記入しています。

氏名	神奈川 正蔵	フリガナ	カネガワ ショウゾウ
電話番号	000-0000-0000	住所	神奈川県横浜市神奈川区栄町8-1

C 口座情報記入欄

振込先は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。両方記入されている場合は、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。
※下記、口座名義人と①②いずれかの金融機関情報を記入してください。

☒ 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。
※公金受取口座は被保険者本人のみ利用可能です。
※公金受取口座を登録されていない場合は利用できません。

記入箇所は以上です。以下は記入しないでください。

口座名義人 (カタカナ)	カネガワ ショウゾウ
--------------	------------

☒ ① 金融機関（ゆうちょ銀行以外）へ振込

金融機関名・コード	支店名・コード	預金種別	口座番号 (右詰めでお書きください。)
<input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> 信用農業協同組合		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	

☒ ② ゆうちょ銀行へ振込

ゆうちょ銀行（郵便局）の総合口座に振り込みの場合 ※通常貯蓄貯金口座は不可	通帳記号 (6桁目がある場合は、※欄にご記入ください。)	通帳番号 (右詰めでお書きください。)
	1 0	1

D 委任状欄

※被保険者ご本人・成年後見人以外の方の口座を指定される場合はご記入ください。

令和 年 月 日 私（委任者）は、次の者（受任者）へ高額療養費の受領に関する一切の権限を委任いたします。

受任者 (口座名義人)	氏名	フリガナ	住所
委任者 (申請者)	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
※医療一般疾病医療費、特定疾患の治療費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。

発病又は負傷の理由 ☐ 第三者行為（交通事故等） ☐ その他（自損事故・疾病等）

裏面の貼付欄に必要書類を貼付の上、申請書の原本をご返送ください

裏面の貼付欄に必要書類を貼付の上、申請書の原本をご返送ください

ご記入が完了されましたら裏面の貼付欄に必要書類（コピー）を貼付してください。

A ご本人の情報であるかをご確認ください。

B 被保険者ご本人又は成年後見人の方が、申請書欄の以下の項目をご記入ください。

- 記入年月日 ●氏名 ●フリガナ
- 電話番号 ●住所

※成年後見人が申請される場合は、成年後見人の氏名・フリガナ・電話番号・住所をご記入ください。

C 振込先の口座をご選択ください。

公金受取口座をご指定の場合（ご登録済みの方）
「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。」の□に✓をご記入ください。
※マイナンバーに口座が登録されていない場合は利用できませんので、登録状況などを事前にご確認の上、ご申請ください。
※公金受取口座をご指定の場合、以降の口座情報のご記入及び裏面の②口座確認書類の貼付は不要です。

公金受取口座以外の金融機関口座をご指定の場合
「下記の口座を振込先に指定します。」の□に✓をご記入のうえ、口座名義人及び口座情報をご記入ください。
※口座名義人（カタカナ）が20文字を超える場合は、口座名義の先頭から20文字目までをご記入ください。
※口座情報は、①金融機関②ゆうちょ銀行のどちらかの□に✓をご記入ください。

申請者が被保険者ご本人の場合
被保険者ご本人の口座情報をご記入ください。

申請者が成年後見人の場合
成年後見人又は被保険者ご本人の口座情報をご記入ください。

高額療養費の受領に関する一切の権限を委任される場合
D 委任状欄にご記入の上、受任者の口座情報をご記入ください。

■勸奨通知（死亡者向け）

帳票マッピング

【表】

高額療養費の支給申請について（お知らせ）

No.1 134-8585 202101780876 No.5

No.2 東京都江戸川区
臨海町5丁目2-2

令和 7年 11月 19日

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

本村 賢太郎

（公印省略）

No.3 神奈川 広域太郎 様

No.4 05000001# No.7



受付窓口【申請書提出先】
（問合せ先）現住所市区町村
海老名市
国保医療課
〒243-0492
住所 神奈川県海老名市勝瀬175-1
電話 888-888-8888

No.8

No.9

No.10

No.11

No.12

No.13

No.14

No.15

No.16

No.17

1カ月（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	令和 7年 8月	No.18
支給予定金額	1,234円	No.19

※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、書類を省略することがあります。
- （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せん。

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

保険者番号	88888888	No.20	個人番号	
被保険者番号	77777777	No.21	被保険者氏名	神奈川 広域太郎 No.23
生年月日	昭和 10年 11月 12日	No.22	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

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。

銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 漁業協同組合	支店 支所 出張所	預金種目	1. 普通	口座番号															
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。

委任者（口座名義人）	委任者（申請者）
住所	
氏名	氏名 ㊞

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 第三者行為あり	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

※処理欄には何も記載しないでください。

マッピングレイアウト

No.	印字項目	高額給付リストファイルのデータ		データ仕様・処理要件
		#（項番）	データ名	
1	宛名情報_郵便番号（編集形式）	111	AT_ZIPCD_Z	
2	住所	112～116	AT_AD_KJ1／AT_AD_KJ2／ AT_AD_KJ3／AT_AD_KJ4／ AT_AD_KJ5	住所エラーフラグの値により印字対象・対象外を判断する（注 1 参照）
3	氏名（漢字）	117	AT_SHMKJ	宛名氏名エラーフラグの値により印字対象・対象外を判断する（注 2 参照）
4	バーコード用住所	122	BCD_AD	
5	支給整理番号	6	SKY_SEIR_NO	封筒窓から見える位置に印字 例：202101780876
6	作業シーケンス番号バーコード	-	-	還付処理用として被保険者番号に紐づくシーケンス番号を付与
7	作業シーケンス番号	-	-	機械封入用の番号を付与。カメラ読取りで封入漏れ検知を実施。 ※OCRBフォントを利用
8	通知年月日	62～68	TUT_GNGO／TUT_YY／ TUT_YY_KJ／TUT_MM／ TUT_MM_KJ／TUT_DD／ TUT_DD_KJ	
9	首長名肩書 1	119	AT_SYTM_KTGK_KJ1	
10	首長名（漢字）	121	AT_SYTM_KJ	No.9：首長名肩書 1 に対して、左揃え
11	問い合わせ先名左	158	TIAWSSK_NM_L	Nullの対象がいる場合はエスカレーション報告
12	組織名左	159	TIAWSSK_SSK_NM_L	Nullの対象がいる場合はエスカレーション報告
13	組織名左2	160	TIAWSSK_SSK_NM_L2	Nullの対象がいる場合はエスカレーション報告
14	郵便番号左（編集形式）	162	TIAWSSK_ZIPCD_Z_L	Nullの対象がいる場合はエスカレーション報告
15	住所1左	163	TIAWSSK_AD_KJ1_L	Nullの対象がいる場合はエスカレーション報告
16	住所2左	164	TIAWSSK_AD_KJ2_L	"住所1左"に収まらない場合に"住所2左"に記載されるため、Nullの対象がいる場合でもエスカレーション報告対象外。
17	連絡先左	165	TIAWSSK_TEL_NO_L	Nullの対象がいる場合はエスカレーション報告
18	診療年月	13～17	SNRY_GNGO／SNRY_YY／ SNRY_YY_KJ／SNRY_MM／ SNRY_MM_KJ	
19	支給予定金額_今回支給額	30	KGSK_KGSI_KGK	先頭 1 バイト目は符号を設定を編集 例：+0000000001716 → 1,716円
20	現保険者番号	40	GN_HKNS_NO	
21	被保険者情報_被保険者番号	7	HHS_BNG	
22	生年月日（編集形式）	137～143	HH_BRTH_GNGO／ HH_BRTH_YY／ HH_BRTH_YY_KJ／ HH_BRTH_MM／ HH_BRTH_MM_KJ／ HH_BRTH_DD／ HH_BRTH_DD_KJ	
23	被保険者情報_被保険者氏名（漢字）	133	HH_SHMKJ	被保険者名エラーフラグの値により印字対象・対象外を判断する（注 3 参照） ※送付先設定が設定されていなくて、通称名区分コード（＃179）が[1]だった場合、通称名に置き換わるが、印字はそのまま実施。

注 1）レイアウト番号#2 「外字桁あふれ区分コード(住所)」（GJKA_KBN_CD_AT_AD_KJ））のエラー内容により印字対象・対象外を判断

エラー内容	フラグの値	受領データ	対応内容
外字桁あふれエラー無	「スペース」	（変換なし）	発送対象
外字エラー	「1」	該当文字が空白に変換される	該当文字を空白印字して広域連合へ送付
桁あふれエラー	「2」	すべて空白に変換される	すべて空白のまま印字して広域連合へ送付
外字＋桁あふれエラー	「3」	すべて空白に変換される	すべて空白のまま印字して広域連合へ送付
バーコード生成エラー	「4」	（数値あり/なし）	発送対象。変換可能な場合は変換し印字してBC付きで差出、変換不可の場合はBC無しで差出
外字＋バーコード生成エラー	「5」	該当文字が空白に変換される	該当文字を空白印字して広域連合へ送付
桁あふれ＋バーコード生成エラー	「6」	すべて空白に変換される	すべて空白のまま印字して広域連合へ送付
外字＋桁あふれ＋バーコード生成エラー	「7」	すべて空白に変換される	すべて空白のまま印字して広域連合へ送付

注 2）宛名氏名エラーフラグ（レイアウト番号#3 「外字桁あふれ区分コード(氏名)」（GJKA_KBN_CD_AT_SHMKJ））の値により印字対象・対象外を判断

エラー内容	フラグ	受領データ	対応内容
外字桁あふれエラー無	「スペース」	（変換なし）	発送対象
外字エラー	「1」	該当文字が空白に変換される	該当文字を空白印字して広域連合へ送付
桁あふれエラー	「2」	すべて空白に変換される	すべて空白のまま印字して広域連合へ送付
外字＋桁あふれエラー	「3」	すべて空白に変換される	すべて空白のまま印字して広域連合へ送付
未入力エラー	「4」	すべて空白に変換される	印字対象外（報告対象）

注 3）被保険者名エラーフラグ（レイアウト番号#4 「外字桁あふれ区分コード(被保険者名)」（GJKA_KBN_CD_HH_SHMKJ））の値により印字対象・対象外を判断

エラー内容	フラグ	受領データ	対応内容
外字桁あふれエラー無	「スペース」	（変換なし）	発送対象
外字エラー	「1」	該当文字が空白に変換される	該当文字を空白印字して広域連合へ送付
桁あふれエラー	「2」	すべて空白に変換される	すべて空白のまま印字して広域連合へ送付
外字＋桁あふれエラー	「3」	すべて空白に変換される	すべて空白のまま印字して広域連合へ送付

【表】

必ずお切り取りください。

【別紙 8】 単価表

勸奨通知作成業務	想定数量／回	回数（回）	単価（円）	小計（円）
勸奨通知作成（存命者向け）				
往信用封筒①	24,480 部	4		0
挨拶状兼申請書兼添付台紙	24,480 部	4		0
自己負担限度額チラシ	24,480 部	4		0
返信用封筒	24,480 部	4		0
勸奨通知作成（死亡者向け）				
往信用封筒②	1,020 部	4		0
挨拶状兼申請書	1,020 部	4		0
自己負担限度額チラシ兼記入例	1,020 部	4		0
申立書	1,020 部	4		0
データ印字				
存命者向け（両面）	8,160 件	12		0
死亡者向け（片面）	340 件	12		0
封入封緘作業	8,500 件	12		0
引抜作業	100 件	12		0

その他業務	想定数量／回	回数（回）	単価（円）	小計（円）
印刷プログラム作成（変更対応含む）	一式	1		0
納品作業	一式	12		0
管理費	一式	12		0

合計	0
----	---

※税抜金額