

高額療養費支給決定通知書等の
作成及び封入封緘業務等仕様書

令和7年2月18日

大阪府国民健康保険団体連合会

目次

第1章	はじめに.....	1
1.1	高額療養費支給決定通知書等の作成及び封入封緘.....	1
1.1.1	委託期間.....	1
第2章	入札要件.....	2
2.1	入札条件.....	2
2.2	入札範囲.....	2
2.3	入札内容.....	2
2.4	支払条件.....	2
第3章	仕様要件.....	3
3.1	印刷物要件.....	3
3.1.1	通知書等の印刷.....	3
3.1.2	送付用封筒印刷.....	3
3.1.3	ソフトウェア要件.....	3
3.1.4	提供データ.....	3
3.2	封入封緘要件.....	5
3.2.1	通知書等の封入封緘.....	5
3.2.2	同封物.....	5
3.2.3	封緘不良.....	6
3.3	仕分け業務要件.....	6
3.3.1	郵便区番号の事前区分.....	6
3.4	搬送及び納品要件.....	6
3.4.1	日本郵便への搬送.....	6
3.4.2	本会への納品.....	6
3.4.3	搬入及び納品日.....	6
3.5	再委託要件.....	6
3.6	質問事項の受付.....	7

第1章 はじめに

本仕様書は、以下に示す通知書等の作成及び封入封緘について、必要な要件を示すものである。

1. 1 高額療養費支給決定通知書等の作成及び封入封緘

大阪府後期高齢者医療広域連合電算処理システム等において作成した高額療養費償還払データ等をもとに、下記通知書等の印刷、送付用封筒の作成、封入封緘、仕分け業務及び日本郵便への引渡し（又は大阪府国民健康保険団体連合会（以下「本会」という。）への納品）を行い、被保険者へ誤りなく送付を行う。

- ① 高額療養費支給決定通知書
- ② 高額療養費お知らせ・申請書（通常分）
- ③ 高額療養費お知らせ・申請書（死亡分）
- ④ 高額療養費（外来年間合算）支給決定通知書
- ⑤ 高額療養費（外来年間合算）不支給決定通知書
- ⑥ 高額療養費（外来年間合算）不支給決定通知書（継続支給）
- ⑦ 高額療養費（外来年間合算）勸奨通知書・申請書（通常分・期中清算分）
- ⑧ 高額介護合算療養費支給決定通知書
- ⑨ 高額介護合算療養費不支給決定通知書
- ⑩ 高額介護合算療養費勸奨通知書・申請書（通常分・期中清算分・老福対象分）
- ⑪ 療養費支給決定通知書
- ⑫ 葬祭費支給決定通知書
- ⑬ 後発医薬品差額通知書

1. 1. 1 委託期間

令和7年4月から令和8年3月までとし、＜別表1＞のスケジュールに基づくものとする。

第2章 入札要件

本仕様の入札について、必要な要件を以下に示す。

2. 1 入札条件

プライバシーマーク、ISO27001 と同等の資格など個人情報保護に関するセキュリティ対策及び管理についての公的な認定を受けていること。

2. 2 入札範囲

入札者が入札する範囲は、仕様書に示す全ての要件と要求仕様を満たしているものとし、部分入札は認めない。

2. 3 入札内容

入札者は、1 通あたりの単価（税別）を「入札書」に記入すること。

2. 4 支払条件

検収終了後、請求書を受領した日の翌月末までに貴社指定口座へ振り込むこととする。

第3章 仕様要件

3.1 印刷物要件

通知書等の印刷、送付用封筒の作成の要件は以下のとおりである。

3.1.1 通知書等の印刷

- (1) 仕上がりサイズ:横 210mm×縦 297mm(A4サイズ)相当(A4カット紙出力形式に限る。)
- (2) 通知書印刷用PDFから(1)のA4上質紙(70kgベース)に送付封筒の窓空き部分に合わせるため95%に縮小して印刷すること。
- (3) 印刷後は、印字の濃淡・ずれ及び印字面の汚れ等の確認を行うこと。
- (4) プリント出力時、フォームの端に貴社の生産管理番号及びバーコード等指定以外の入力は認めない。
- (5) 印字部分は黒とする。
- (6) 高額療養費(外来年間合算)申請書(通常分・期中清算分)及び高額介護合算療養費申請書(通常分・期中清算分・老福対象分)裏面に「誓約書」・「委任状」を印刷すること。

3.1.2 送付用封筒印刷

- (1) 「定形郵便物」(最大長さ 235mm/最大幅 120mm)
- (2) 印字した通知書等を封入した際、宛名とカスタマーバーコード及び作成番号を2mm以上の余白をもって透過・表示できる位置に窓を有すること。
- (3) 現行仕様のサンプルと同様の配色・印字を行うこと。
- (4) 裏面にプレプリント(青色)印刷を行うこと。
 - a. 印刷箇所は、封の部分と裏面の2か所とする。また、裏面にイラストの印刷を行うこと。
 - b. 裏面の印刷は、3か月ごとに本会が指定した啓発文書、イラストに変更して印刷すること。なお校正後に封筒を1,000通納品すること。

3.1.3 ソフトウェア要件

- (1) PDF変換ソフト
SVF for Java Print 9.2
 - (2) PDFバージョン
PDFバージョン 1.4 (Acrobat 5.x)
- ※ 読み取りソフト (Adobe Reader) は貴社で準備すること。

3.1.4 提供データ

- (1) データ収録媒体は、DVDとする。
 - a. 正副構成とする。
 - b. 媒体のラベルは「大阪府国民健康保険団体連合会 引き渡しデータ名(正/副)」とし、「媒体番号」を付与する。
 - c. ファイルはZIP化してパスワードを付与する。
 - d. 受け渡し、返却時に授受票を貴社で作成する。
- (2) データ形式は、次のとおりとする。
 - a. CSV形式

・ 作成（印刷）番号一覧

<項目>

- ① 高額療養費支給決定通知書
- ⑧ 高額介護合算療養費支給決定通知書
- ⑩ 高額介護合算療養費勸奨通知書・申請書（通常分・期中清算分・老福対象分）
作成番号種別、封入封緘区分、作成番号、地方公共団体コード、
宛先郵便番号、被保険者番号、支給申請書整理番号、被保険者氏名、
宛名
- ⑪ 療養費支給決定通知書
- ⑫ 葬祭費支給決定通知書
作成番号、郵便番号グループ、郵便番号、被保険者番号、
支給整理番号、被保険者氏名、宛名
- ⑬ 後発医薬品差額通知書
作成番号、郵便番号グループ、郵便番号、被保険者番号、発行番号、
被保険者氏名、宛名
- ◆ 上記以外
作成番号、郵便番号グループ、郵便番号、被保険者番号、
被保険者氏名、宛名

b. PDF形式

- ① 高額療養費支給決定通知書
- ② 高額療養費お知らせ・申請書（通常分）
- ③ 高額療養費お知らせ・申請書（死亡分）
- ④ 高額療養費（外来年間合算）支給決定通知書
- ⑤ 高額療養費（外来年間合算）不支給決定通知書
- ⑥ 高額療養費（外来年間合算）不支給決定通知書（継続支給）
- ⑦ 高額療養費（外来年間合算）勸奨通知書・申請書（通常分・期中清算分）
「誓約書」・「委任状」（申請書裏面用）
- ⑧ 高額介護合算療養費支給決定通知書
- ⑨ 高額介護合算療養費不支給決定通知書
- ⑩ 高額介護合算療養費勸奨通知書・申請書（通常分・期中清算分・老福対象分）
「誓約書」・「委任状」（申請書裏面用）
- ⑪ 療養費支給決定通知書
- ⑫ 葬祭費支給決定通知書
- ⑬ 後発医薬品差額通知書
 - (ア) フォントは、埋め込み式で本会より提供する。
 - (イ) 件数の多い郵便番号については、1,000単位で分割して提供する。
 - (ウ) PDFに設定しているセキュリティは解除しない。
 - (エ) 印刷用紙に合わせたPDFレイアウトの拡大及び縮小対応は行わない。
(システム指定サイズ95%に準拠する。)
 - (オ) PDF形式以外の帳票出力は想定していない。

※ ⑦及び⑩に関しては、データ提供後、個人情報削除した成果物のPDFをメールにて提供すること。（1名分）

c. エクセル形式

- ・ 郵便区番号別件数表
郵便区番号、通数、発送通数を表示する。
- ・ 保険者別件数表
(ア) ⑩「高額介護合算療養費勧奨通知書・申請書（通常分・期中清算分・老福対象分）」のみ。
(イ) 保険者番号、通数、発送通数を表示する。

(3) 媒体提供日時・場所

- ・ 日時 : 本会が指定する期日の午前 11 時 <別表 1>参照
※ただし、調整が必要な場合がある。
- ・ 場所 : 本会 5 F 点検支援課

3. 2 封入封緘要件

封入封緘の要件は以下のとおりである。

3. 2. 1 通知書等の封入封緘

- (1) 高額療養費支給決定通知書等作成業務仕様一覧のとおりとする。 <別表 2>参照
- (2) 封入封緘に際しては、機械による突合チェックを実施し、誤封入に対しての対策に万全を期すこと。

3. 2. 2 同封物

- (1) 高額療養費お知らせ・申請書（通常分）
 - ・ 申請書作成例（別紙 1）：PDF データにて提供（A 4 判）（片面刷り）
（黒 1 色、上質紙 70kg ベース）
- (2) 高額療養費お知らせ・申請書（死亡分）
 - ・ 申請書作成例（別紙 1）：PDF データにて提供（A 4 判）（片面刷り）
（黒 1 色、上質紙 70kg ベース）
 - ・ 誓約書（別紙 2）：本会にて用意
- (3) 高額療養費（外来年間合算）勧奨通知書・申請書（通常分・期中清算分）
 - ・ 申請書作成例（別紙 3）：PDF データにて提供（A 4 判）（両面刷り）
（黒 1 色、上質紙 70 kg ベース）
- (4) 高額介護合算療養費勧奨通知書・申請書（通常分・期中清算分・老福対象分）
 - ・ 案内文①（別紙 4）：PDF データにて提供（A 4 判）（両面刷り）
（黒 1 色、上質紙 70 kg ベース）
 - ・ 返信用封筒 : 本会にて用意
※ 以下の両方に該当するものは別色封筒
作成番号 : 1 で始まるもの(通常分)
作成番号種別 : 1 (通常分)、又は 0 (抜き取り分)
- (5) 後発医薬品差額通知書
 - ・ 案内文②（別紙 5）：本会にて用意（A 4 判カラー）
- (6) 同封物は変更・追加の可能性がある。
- (7) 同封物はそれぞれ本会の指示する日前後に来会して受け取ること。

3. 2. 3 封緘不良

- (1) 封入封緘後は、封緘不良及び破損等の確認を行うこと。
- (2) 封緘不良及び破損等を発見した場合は再作成を行うこと。
- (3) 再作成を行った際は報告書を提出すること。

3. 3 仕分け業務要件

仕分け業務の要件は以下のとおりである。

3. 3. 1 郵便区番号の事前区分

- (1) 料金後納郵便の通常郵便割引サービス（郵便区内特別郵便物）を適用し処理すること。
- (2) 「高額介護合算療養費勸奨通知書・申請書（通常分・期中清算分・老福対象分）」は、郵便区番号ごとに区分する必要はないが、全て作成番号順にし、箱ごとに作成番号を管理できるようにすること。

3. 4 搬送及び納品要件

搬送及び納品の要件は以下のとおりである。

3. 4. 1 日本郵便への搬送

- (1) 指定する日本郵便新大阪支店への発送日の1営業日前に、本会5F点検支援課にて料金後納郵便物差出票、郵便料金減額整理票を受け取ること。 <別表1>参照
- (2) 日本郵便新大阪支店へ指定する発送日の午前中に搬送すること。 <別表1>参照
なお、発送日の1営業日前等に通知書の抜き出し作業が発生することもある。
- (3) 郵便区番号別の通数を確認後、引渡し通数合計の確認を行ったことについての報告書と合わせて、料金後納郵便物差出票、郵便料金減額整理票、後納郵便物等取扱票を提出すること。
- (4) 郵便区番号の事前区分及び引渡し方法の詳細については、別途、貴社、本会、並びに日本郵便の三者で調整するものとする。

3. 4. 2 本会への納品

- (1) 本会が指定する期日の午前11時までには納品すること。 <別表1>参照
- (2) 郵便区番号別又は保険者別の通数確認及び納品通数合計の確認を行ったことについて報告書を作成し提出すること。
- (3) 郵便区番号の事前区分を必要とするものは、日本郵便へ引き渡せる状態で納品すること。
- (4) 郵便区番号の事前区分を必要としないものは、作成番号順で納品すること。その際明示を行うこと。

3. 4. 3 搬入及び納品日

搬入及び納品日については、日程調整が必要な場合がある。

3. 5 再委託要件

委託業務について、その全部を第三者に再委託してはならない。また、一部を再委託する場合は、本会に書面による承認申請を行い、貴社と再委託先との間で締結した契約書の写しを提出すること。

3. 6 質問事項の受付

質問事項に関してはメールにて受付を行い、受付の締切は令和7年3月11日（火）午後3時までとする。なお、締切を過ぎたものに対しては、一切受付を行わない。

E-Mail : kourei@osaka.kokuhoren.jp

件名 : 高額療養費支給決定通知書等の作成及び封入封緘業務等に関する質問（社名）

2025年4月						
日	月	火	水	木	金	土
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15 アウ	16 イエ	17 オ	18 カ	19
20	21	22 A	23 B	24	25	26
27	28	29	30			

2025年5月						
日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19 アウ	20 イ	21 エ	22 オ	23 カ	24
25	26 A B	27	28	29	30	31

2025年6月						
日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16 アウ	17 イ	18 エ	19 オ	20 カ	21
22	23 A	24 B	25	26	27	28
29	30					

2025年7月						
日	月	火	水	木	金	土
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15 アウ	16 イエ	17 オ	18 カ	19
20	21	22	23	24 A	25 B	26
27	28	29	30	31		

2025年8月						
日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18 アウ	19 イ	20 エ	21 オ	22 カ	23
24	25 A B	26	27	28	29	30
31						

2025年9月						
日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16 アウ	17 イエ	18 オ	19 カ	20
21	22 A	23	24 ケB	25	26	27
28	29	30				

2025年10月						
日	月	火	水	木	金	土
			1 D	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16 アウ	17 イエ	18
19	20 オ	21 カ	22	23	24 A	25
26	27 B	28	29	30	31	

2025年11月						
日	月	火	水	木	金	土
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18 アウ	19 イエキ	20 オ	21 カ	22
23	24	25 A B	26	27	28	29
30						

2025年12月						
日	月	火	水	木	金	土
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15 アウ	16 イ	17 エ	18 オ	19 カ	20
21	22 A B	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

2026年1月						
日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20 アウ	21 イ	22 オ	23 カ	24
25	26 A B	27	28	29	30	31

2026年2月						
日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6 ク	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17 アウC	18 イ	19 オ	20 カ	21
22	23	24 A B	25 ケ	26	27	28

2026年3月						
日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4 D	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16 アウ	17 イエ	18 オ	19 カ	20	21
22	23	24 A	25 B	26	27	28
29	30	31				

媒体名	提供日	搬入日	搬入場所
高額療養費支給決定通知書	ア	A	日本郵便新大阪支店
高額療養費お知らせ・申請書	イ		
高額療養費（外来年間合算）支給・不支給決定通知書	ウ	B	大阪府国民健康保険団体連合会
高額介護合算療養費支給・不支給決定通知書	エ		
葬祭費支給決定通知書	オ		
療養費支給決定通知書	カ		
高額療養費（外来年間合算）勧奨通知書・申請書	キ	C	
高額介護合算勧奨通知書・申請書	ク		
後発医薬品差額通知書	ケ		

※「高額介護合算療養費支給・不支給決定通知書」は、1月・2月の作成はない。
 ※「高額療養費（外来年間合算）勧奨通知書・申請書」、「高額介護合算勧奨通知書・申請書」
 及び「後発医薬品差額通知書」の日程は予定となる。（前年度を基に作成）

2025年度 高額療養費決定通知書等作成業務仕様一覧

名称	仕様			郵便区番号事前区分	引渡し・納品先	年間回数	年間予想通数	備考
	発送1回あたりの予想通数	封入封緘数	同封物					
① 高額療養費支給決定通知書	238,900 通	1 点		○：割引	日本郵便新大阪支店	12 回	2,867,000 通	予想通数と大幅に異なる可能性があります。
② 高額療養費お知らせ・申請書（通常分）	15,100 通	3 点	・申請書作成例（別紙1）	○：割引	日本郵便新大阪支店	12 回	181,000 通	予想通数と大幅に異なる可能性があります。
③ 高額療養費お知らせ・申請書（死亡分）	2,660 通	4 点	・申請書作成例（別紙1） ・誓約書（別紙2）	○：割引	日本郵便新大阪支店	12 回	32,000 通	予想通数と大幅に異なる可能性があります。
④⑤⑥ 高額療養費（外来年間合算） 支給決定通知書 不支給決定通知書 不支給決定通知書（継続支給）	11月：11800 通 上記以外：200 通	1 点		○：割引	国保連合会	12 回	12,000 通	
⑦ 高額療養費（外来年間合算）勸奨通知書・申請書（通常分・期中清算分）	1,000 通	3 点	・申請書作成例（別紙3）	○：割引	国保連合会	1 回	1,000 通	
⑧⑨ 高額介護合算療養費 支給決定通知書 不支給決定通知書	4月：1000 通 5月～7月：28,000 通 8月：5,500 通 9月～11月：4,500 通 12月、3月：1,000 通	1 点		○：割引	国保連合会	10 回	106,000 通	2025年1月、2月の作成はありません。
⑩ 高額介護合算療養費勸奨通知書・申請書 通常分（通常） 高額介護合算療養費勸奨通知書・申請書 通常分（期中異動） 高額介護合算療養費勸奨通知書・申請書 通常分（抜き取り） 高額介護合算療養費勸奨通知書・申請書 期中清算分（通常） 高額介護合算療養費勸奨通知書・申請書 期中清算分（期中異動） 高額介護合算療養費勸奨通知書・申請書 期中清算分（抜き取り） 高額介護合算療養費勸奨通知書・申請書 老福対象分（通常） 高額介護合算療養費勸奨通知書・申請書 老福対象分（期中異動） 高額介護合算療養費勸奨通知書・申請書 老福対象分（抜き取り）	お知らせ1：1 申請書：83,000 通	5 点	・案内文①（別紙4） ・返信用封筒 ※別色	×	国保連合会	1 回	101,000 通	3月発送予定
	お知らせ1：2 申請書：13,000 通	6 点						
	お知らせ1：3 申請書：100 通	7 点						
	お知らせ1：1 申請書：400 通	5 点	・案内文①（別紙4） ・返信用封筒					
	お知らせ1：2 申請書：40 通	6 点						
	お知らせ1：3 申請書：10 通	7 点						
	お知らせ1：1 申請書：10 通	5 点	・案内文①（別紙4） ・返信用封筒 ※別色					
	お知らせ1：2 申請書：1,000 通	6 点						
	お知らせ1：3 申請書：10 通	7 点						
	お知らせ1：1 申請書：2,170 通	5 点	・案内文①（別紙4） ・返信用封筒					
	お知らせ1：2 申請書：1,000 通	6 点						
	お知らせ1：3 申請書：10 通	7 点						
	お知らせ1：1 申請書：20 通	5 点	・案内文①（別紙4） ・返信用封筒					
	お知らせ1：2 申請書：10 通	6 点						
	お知らせ1：3 申請書：10 通	7 点						
	お知らせ1：1 申請書：10 通	5 点	・案内文①（別紙4） ・返信用封筒					
	お知らせ1：2 申請書：100 通	6 点						
	お知らせ1：3 申請書：10 通	7 点						
お知らせ1：1 申請書：10 通	5 点	・案内文①（別紙4） ・返信用封筒						
お知らせ1：2 申請書：10 通	6 点							
お知らせ1：3 申請書：10 通	7 点							
お知らせ1：1 申請書：10 通	5 点	・案内文①（別紙4） ・返信用封筒						
お知らせ1：2 申請書：10 通	6 点							
お知らせ1：3 申請書：10 通	7 点							
⑪ 療養費支給決定通知書	4,750 通	1 点		○：割引	国保連合会	12 回	57,000 通	
⑫ 葬祭費支給決定通知書	6,580 通	1 点		○：割引	国保連合会	12 回	79,000 通	
⑬ 後発医薬品差額通知書	20,100 通	2 点	・案内文②（別紙5）	○：割引	国保連合会	2 回	40,200 通	2024年9月、2025年2月に作成予定。
封入封緘合計通数							3,476,200 通	

※ 年間予想通数及び発送1回あたりの予想通数は、昨年度実績と伸び率から算出したものであり、最低通数を保障するものではありません。

※ 発送1回あたりの予想通数は一定ではないため、年間予想通数よりおおよその通数を計上しており、発送1回あたりの予想通数×年間回数と年間予想通数には誤差が生じます。

記載例

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号	01234567	個人番号	1 2 3 4 5 3 7 8 9 0 1 2
氏名	広城 太郎		
生年月日	●●年●月●日	電話番号	

個人番号について
 ・マイナンバーカードに記載されている12桁の番号をご記入ください。
 (わからない場合は空白のままご提出ください。)

他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けておられますか

受けている (制度名 —) (費用徴収の 有 ・ 無)

受けていない

国、府等の公費医療を利用しており、自己負担額が軽減されている場合は“受けている”に○を記入してください。
 不明な場合は空白でもかまいません。

発症又は負傷の理由

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は () 内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	○ ○ ○		銀行	△△△	本店	支店	預金種別	普通	当座
			信用金庫 信用組合 協同組合	()	()	()	()	()	
口座番号等 左詰記載して下さい	0	1	2	3	4	5	6		
口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	イ	キ		タ	ロ	ウ	

振込先欄について
 ・申請者の口座を記入してください。
 ・申請者以外の口座をご希望の場合は、下記の委任状欄にもご記入ください。

口座名義人はカタカナで上段より左詰で記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

大阪府後期高齢者医療広域連合

申請者欄について (必ずご記入ください)

- ・ご本人または法定代理人の署名をお願いします。
 - ・ご本人死亡の場合は、法定相続人の署名をお願いします。
- あわせて別紙誓約書にもご記入ください。

年▲▲月▲▲日

上記のとおり、高額療養費の支給を受けることについて

申請者 (被保険者又は相続人代表)

郵便番号 **540-0028** 住所 **大阪市中央区常盤町1-3-8**

氏名 **広城 太郎** 電話番号 **06-4790-2031**

ご申請者欄は必ず記入ください。

委任状欄

年 月 日 (口座名義人)

上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を.....に委任します。

委任者 住所.....
 (申請者)

氏名.....
 (申請者が手書きしない場合は、記名押印してください)

○ゆうちょ銀行 (郵便局) をご希望の場合
 ・支店名に店名 (3桁の漢数字)
 ・預金種目 ・口座番号 (7桁) をご記入ください。
 これらは通帳の見開き2ページ目の下部に印字されています。

○申請書を郵送される場合
 郵送先はお住まいの市区町村になります。
 宛先の住所等は、同封しております「お知らせ」の下部に記載しております。
 ※返信用封筒は同封していません。

誓 約 書

年 月 日

(提出先) 大阪府後期高齢者医療広域連合長

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____ () _____

被保険者との続柄 ()

被保険者の死亡により、後期高齢者医療高額療養費の支給申請、請求及び受領に関し相続人を代表して私が行い、一切の責任を負うことを誓約いたします。

また、他の相続人からの問い合わせについては、情報提供することを了承します。

〔被保険者〕

被保険者番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

《誓約書の記入について》

- 誓約書は、支給申請書の申請者と同じ方でご記入をお願いします。
- 申請内容についてお問い合わせさせていただく場合がありますので、連絡先のお電話番号をご記入いただきますようお願いいたします。
- 支給申請書・誓約書と併せて、亡くなられた被保険者と申請者の方との続柄がわかる書類（戸籍や住民票等）のご提出をお願いする場合があります。詳しくは市区町村窓口又は広域連合給付課までお問い合わせください。
- 誓約者をご自身でご記入されない場合は押印が必要です。

後期高齢者医療高額療養費支給申請書の提出のお願い

日ごろは、大阪府後期高齢者医療広域連合の事業にご理解をいただき、ありがとうございます。

さて、今回高額療養費の支給申請について（お知らせ）に記載させていただいています該当月の医療費が、高額療養費に該当しておられますのでご通知させていただきます。

高額療養費の受け取りのため同封の支給申請書のご提出をお願いしたいのですが、ご本人様がお亡くなりになられていますので、ご遺族の方の受取口座をお届けいただくこととなります。

また、ご遺族の方を代表し受け取りをしていただくにあたり支給申請書と併せて「誓約書」のご提出が必要となります。

つきましては、裏面の「誓約書」に住所・氏名・続柄など必要事項をご記入のうえ支給申請書と併せて、支給申請について（お知らせ）に記載されています市区町村までご提出をお願いします。

誠にお手数をお掛けしますが、何卒よろしく願いいたします。

《支給申請書の記入について》

- 高額療養費の振込先口座と申請者欄に必要事項の記入をお願いします。
- 申請内容についてお問い合わせさせていただく場合がありますので、連絡先のお電話番号をご記入いただきますようお願いいたします。
- 申請者名義の口座と違う振込先口座を登録される場合は、委任状欄に申請者が委任者として住所・氏名の記入をお願いします。
- 申請書の申請者は、誓約書の申請者と同じ方でご記入をお願いします。
- 支給申請書・誓約書と併せて、亡くなられた被保険者と申請者の方との続柄がわかる書類（戸籍や住民票等）のご提出をお願いする場合があります。詳しくは市区町村窓口又は広域連合給付課までお問い合わせください。

【お問い合わせ先】

大阪府後期高齢者医療広域連合 給付課
住所 大阪府中央区常盤町1丁目3番8号
中央大通FNビル8階
電話 06-4790-2031 FAX 06-4790-2030

高額療養費(外来年間合算)支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	●●年度	(保険者等記入欄)		支給申請書整理番号
申請形態	1. 計算期間末日以降申請(期間)	以降	計算期間末日以降申請(期間中生保適用・海外移住者あり)	4. 死亡・海外移住等計算期間中申請
フリガナ	オオサカ ハナコ	①被保険者の氏名(フリガナ)をご記入ください。		
氏名	大阪 花子	生年月日	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
保険者番号	39270004	③口座情報をご記入ください。 ・ゆうちょ銀行の場合は、銀行名は「ゆうちょ」と記入し、支店名に3ケタの漢数字をご記入ください。(支店名がご不明の場合は、記号・番号をそのまま記入してください。) ・死亡の場合は法定相続人の口座情報をご記入ください。 ・被保険者本人名義以外の口座を記入される場合は、裏面の委任状をご記入ください。	②個人番号とは、マイナンバーのことです。(死亡している場合は記入不要です。)	加入期間 ●●年8月1日 ~ ▲▲年7月31日
支給方法	振込口座 記入欄	金融機関コード 000	店舗コード △△△	種目 ①普通預金 ②当座預金 ()
口座振込	振込口座 記入欄	000	△△△	0012345
口座名義人(カタカナ)	オオサカ ハナコ	口座名義人(漢字)	大阪 花子	
保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄	
1				
2				
3	計算期間途中で異動があり、他保険者分(例: 国保)の自己負担額も含めた計算をご希望の場合は、ア. 他保険者情報についてご記入いただき、イ. 下記の②と「はい」を○で囲んでください。			④申請者欄へご記入ください。 ・本人、法定代理人の署名をお願いします。 ※法定代理人が申請する場合は、「代理権を証明する書類(登記事項証明書等)」(写し可)も提出してください。 ・死亡の場合は法定相続人の署名をお願いします。 また、裏面の誓約書もご記入ください。
4				
5				
※記入する保険者加入歴において、ご自身が被用者保険の「被扶養者」や国民健康保険の「世帯員」であった場合、「備考欄」に加入時の「被保険者」、「世帯主」の氏名、生年月日、現住所を記入してください。				
大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛		▲▲年▲▲月▲▲日		
① 上記対象者について、高額療養費(外来年間合算)の支給を申請します。		郵便番号 540-8790 住所 大阪市中央区常盤町1-3-8		
② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。		申請者氏名 大阪 花子		
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。 高額療養費(外来年間合算)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。 ※本申請書をもって、保険加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。 はい/いいえ		電話番号 06-4790-2031		
太枠で囲まれたところについて、記入してください。なお、口座名義人を被保険者本人以外にされる場合は、裏面(誓約書または委任状)への記入も必要になりますのでご確認ください。				

見本

誓約書

誓約者は原則**法定相続人**(配偶者、子、兄弟姉妹、甥姪、孫など三親等以内の親族)となります。

それ以外の方が誓約者となる場合については、下記の書類の添付が必要となります。

・三親等以外の親族…**相続権があることが証明できる書面**(例:遺言公正証書)の写し

日

年 月 日

【 誓約者 】

住 所 _____

氏 名 × × × × _____

電話番号 _____

被保険者との続柄 ()

高額療養費(外来年間合算)の支給申請にあたり、被保険者の死亡により、私が責任を持って他の相続人を代表して行うことを誓約いたします。

また、他の相続人からの問い合わせについて、本書記載の情報を提供することを了承します。

【 被保険者 】

被保険者番号 _____

住 所 _____

氏 名 ○ ○ ○ ○ _____

被保険者の死亡時の**住民票上の住所地**を記入してください。

被保険者の氏名を記入してください。

＜誓約書の記入について＞

- この誓約書は、被保険者の方がお亡くなりになられている場合に、ご記入ください。
- 支給申請書の申請者と同じ方がご記入ください。
- 申請者(誓約者)がご自身で記入されない場合は【誓約者】欄に押印が必要です。
- 申請内容についてお問い合わせさせていただく場合がありますので、連絡先のお電話番号を必ずご記入ください。
- 支給申請書・誓約書と併せて、亡なられた被保険者と申請者(誓約者)の方との続柄がわかる書類(戸籍や住民票等)のご提出をお願いする場合があります。詳しくは市区町村窓口又は広域連合給付課までお問い合わせください。

委任状

大阪府後期高齢者医療広域連合長

高額療養費(外来年間合算)制度に要した費用の受領に関する一切の権限を(▲ ▲ ▲ ▲)に委任します。

振込を希望される口座名義人の氏名を記載してください。

被保険者または誓約者の住所・氏名を記載してください。
(被保険者の場合は被保険者番号を含む。)

【 委任者 】

被保険者番号 _____

住 所 _____

氏 名 ○ ○ ○ ○ _____

＜委任状の記入について＞

- この委任状は、被保険者本人以外の口座に振込を希望される場合に、ご記入ください。また【委任者】欄には、被保険者本人の方をご記入ください。
- 申請者(委任者)がご自身で記入されない場合は【委任者】欄に押印が必要です。

高額医療・高額介護合算制度

後期高齢者医療制度と介護保険の両方に自己負担額がある世帯で、1年間(令和5年8月1日～令和6年7月31日)のそれぞれの自己負担額を合算して自己負担限度額を超えた場合に、申請に基づき、その超えた金額を支給します。(基準日である令和6年7月31日現在、後期高齢者医療制度に加入されている同一世帯の被保険者が自己負担額の計算対象者となります。)

※計算期間中に死亡等により資格を喪失された方については、基準日は資格喪失日の前日となります。

自己負担額の合算は、高額療養費等償還後の額(後期高齢者医療制度と介護保険のそれぞれで限度額(1ヶ月あたり)を適用して高額療養費や高額介護サービス費を受給した後、それらを差し引いた後の自己負担額)を合計して計算します。

●自己負担限度額(年額)

限度区分			負担割合	後期高齢者医療制度+介護保険
所得者 現役並み	課税所得 690 万円以上	Ⅲ	3割	212万円
	課税所得 380 万円以上	Ⅱ		141万円
	課税所得 145 万円以上	Ⅰ		67万円
一般			2割	56万円
低所得		Ⅱ	1割	31万円
		Ⅰ		19万円 (複数世帯の場合、介護保険の自己負担限度額は31万円となります。)(注1)

(注1) 同一世帯に、基準額が「低所得Ⅰ」の「190,000円」であり、かつ介護(予防)サービスの利用者が複数おられる場合、「高額医療合算介護(予防)サービス費」については、「低所得Ⅱ」の基準額である「310,000円」を適用して、介護保険分の支給額を再計算しますので、介護支給額(見込)どおり支給されません。再計算による介護支給額については、ご加入の介護保険担当窓口にお問い合わせください。

- 後期高齢者医療制度と介護保険の自己負担額の合計が自己負担限度額を超える場合に、その超えた額が支給されますが、500円以下の場合には支給の対象になりません。
- 入院時の食事代や居住費、保険診療外の差額ベッド代などは対象になりません。

●支給額の合計(見込)について

「高額介護合算療養費・高額医療合算介護(予防)サービス費の支給申請について(お知らせ)」では、大阪府内の後期高齢者医療の医療負担額及び介護保険の介護負担額の合計額により支給額の計算をしています。

なお、「医療支給額」と「介護支給額(見込)」の金額は、個人単位で計算されており、支給額の合計(見込)には、計算対象期間内の世帯全体合計額が表示されています。ただし、実際の支給は個人単位となります。

●大阪府内で引越された方の支給について

大阪府内で引越された方でも、計算対象期間内のすべての自己負担額を合計し、支給額を計算していますが、「介護支給額(見込)」については、引越し前と引越し後の介護保険者ごとに按分されますので、あらかじめご了承ください。

●大阪府外より転入された方の支給について

大阪府外より転入された方について、転入前の医療負担額と介護負担額に応じて支給額が変更となる場合があります。

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	令和5年度	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号
申請形態	1.計算期間末日以降申請	3.計算期間末日以降申請(期間中生保適用・海外移住者あり)	4.死亡・海外移住等計算期間中申請
フリガナ	オオサカ ハナコ	個人番号(マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
氏名	大阪 花子	生年月日	
保険者番号	39270004	③ 口座情報をご記入ください。 ・ゆうちょ銀行の場合は、銀行名を「ゆうちょ」、支店名に3ケタの連数字、預金種目、口座番号(7桁)をご記入ください。(これらは通帳の見開き2ページ目の下部に印字されていますが、ご不明の場合は、記号・番号をそのまま記入してください。) ・農協(Aバンク)の場合は、加入されている「農業協同組合名」を記入してください。 ・死亡の場合は法定相続人の口座情報をご記入ください。 ・被保険者本人名義以外の口座を記入される場合は、裏面の委任状にご記入ください。	② 個人番号(マイナンバー)の12桁をご記入ください。 ※以下に該当する場合は記入不要です。 ・死亡している場合 ・令和5年8月～令和6年7月の間に府外からの転居または府内において市をまたぐ転居(例:大阪府→堺市)をしていない場合
保険者番号	271007	加入期間	
口座管理番号	01	振込先口座管理番号	
振込口座記入欄	〇〇〇	金融機関コード	△△△
種目	① 普通預金 ② 当座預金 ③ 貯蓄預金	口座番号	0 0 1 2 3 4 5
口座名義人(カタカナ)	オオサカ ハナコ	口座名義人(漢字)	大阪 花子
保険者加入履歴	1 堺市 令和5年8月1日～令和6年2月28日	④ 保険者加入歴に記載がある場合は、介護保険自己負担額証明書の交付申請が必要ですので、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても支給を申請する場合は、左下の②とはいれを丸で囲んでください。 他府県からの転入の場合は、転入前の後期高齢者医療広域連合名及び市町村名(介護保険)をご記入ください。	⑤ 申請者欄へご記入ください。 ・本人(または法定代理人)の署名をお願いします。 ・死亡の場合は誓約者(法定相続人)の署名をお願いします。 また、裏面の誓約書にご記入ください。
大阪府後期高齢者医療広域連合 宛	〒540-8790 大阪府大阪市中央区〇〇町〇丁目〇番〇号	申請者氏名	大阪 花子
① 上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療費)の支給を申請します。	② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。	電話番号	06-4790-2031
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれかでも丸で囲んで下さい。	※高額介護合算療養費(高額医療費)の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。	注意事項	1 支給申請書は被保険者1人につき1枚記入してください。
※本申請書をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。(はい/いいえ)			

誓約書

誓約者は原則法定相続人(配偶者、子、兄弟姉妹、甥姪、孫など三親等以内の親族)となります。それ以外の方が誓約者となる場合については、下記の書類の添付が必要となります。

三親等以外の親族...相続権があることが証明できる書面(例:遺言公正証書)の写し

【誓約者】

住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

被保険者との続柄 ()

高額医療・高額介護合算療養費の支給申請にあたり、被保険者の死亡により、私が責任を持って他の相続人を代表して行うことを誓約いたします。また、他の相続人からの問い合わせについて、本書記載の情報を提供することを了承します。

【被保険者】

住所 _____

氏名 _____

生年月日 年 _____

被保険者(死亡時)の氏名を記入してください。

被保険者(死亡時)の住民票上の住所を記入してください。

「誓約書の記入について」

- この誓約書は、被保険者の方がお亡くなりになられている場合に、ご記入ください。
- 支給申請書の申請者と同じ方がご記入ください。
- 申請者(誓約者)がご自身でご記入されない場合は【誓約者】欄に押印が必要です。
- 申請内容についてお問い合わせさせていただく場合がありますので、連絡先のお電話番号をご記入ください。
- 支給申請書・誓約書と併せて、亡くなった被保険者と申請者(誓約者)の方との続柄がわかる書類(戸籍や住民票等)のご提出をお願いします。

詳しくは広域連合給付課までお問い合わせください。

委任状

年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合 市・区・町・村長

高額医療・高額介護合算療養費に要した費用の受領に関する一切の権限を(▲▲▲▲)に委任します。

振込を希望される口座名義人の氏名を記載してください。

【委任者】

住所 _____

氏名 ××××

被保険者もしくは誓約者の住所・氏名を記載してください。

「委任状の記入について」

- この委任状は、被保険者本人以外の口座に振込を希望される場合に、ご記入ください。また【委任者】欄には、被保険者本人の方をご記入ください。
- 申請者(委任者)がご自身でご記入されない場合は【委任者】欄に押印が必要です。

お薬代負担軽減のご案内

～ジェネリック医薬品(後発医薬品)を利用してみませんか?～

「お知らせ」の目的

現在処方されているお薬をジェネリック医薬品に切り替えた場合に軽減できるお薬代の一例を、参考としてお知らせします。ジェネリック医薬品への切り替えは義務ではありませんが、皆様のお薬代の負担を軽減するとともに、医療保険財政の改善、保険料の増額抑制につながることから、推奨しています。

送付対象者は、下記①～②のいずれにもあてはまる方です。

- ① この「お知らせ」で通知対象としているお薬を、一定期間以上処方されている方
- ② お薬代が一定額以上軽減される方

※ 全ての被保険者の方にお送りしてはおりません。

ジェネリック医薬品への切り替えを希望される場合は、医師、薬剤師にご相談のうえ、事前に必ず、医療機関や薬局に医薬品取扱いの有無・在庫の状況をお問い合わせください。

ジェネリック医薬品とは？

効き目や安全性が実証されているお薬(先発医薬品)と主成分が同一であることなどが審査され、国から製造・販売が承認された薬価の低いお薬です。

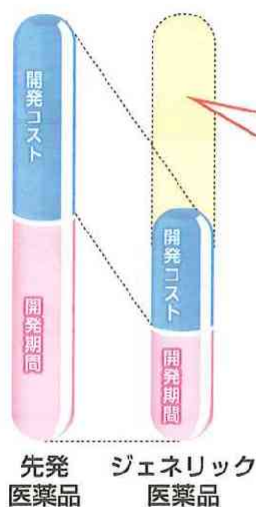
ジェネリック医薬品については、医師・薬剤師にご相談ください。

処方箋に医師の変更不可の記入がなければ、薬局でジェネリック医薬品に変更できます。

処方箋	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
	備考	「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。

先発医療品より薬価が低く経済的です

先発医薬品とジェネリック医薬品の開発コスト



開発期間が短く、開発コストが抑えられるのでお薬代の負担を軽減できます。

病院・診療所にて…

先生、このお薬はジェネリックに変えられますか？

はい、この薬なら変えられますよ。

薬局にて…

処方箋はこれですが、ジェネリックに変えられますか？

3種類のお薬が出てますね。2種類はジェネリックにできますよ。

または

※今後、この通知を希望されない方は、お手数ですが、下記お問い合わせ先までご連絡ください。

お問い合わせ先

大阪府後期高齢者医療広域連合

電話 06-4790-2031(給付課) 平日 9時～17時30分(土・日・祝を除く)

「お知らせ」の見方・注意事項

平素は、大阪府後期高齢者医療広域連合の運営にご協力をいただき誠にありがとうございます。

あなたが、令和〇年〇月に処方された下記のお薬について、ジェネリック医薬品に切り替えた場合、自己負担額が、**① 500円 以上** 軽減される可能性がありますので、お知らせします。

被保険者氏名	〇〇 〇〇 様
--------	---------

処方実績		ジェネリック医薬品に切り替えた場合の軽減額
医薬品名	自己負担相当額	
② ○○○錠 50 50mg	931	279～
△△△錠 10 10mg	779	③ 234～
□□□錠 15 15mg	196	64～
合計	1,906	577～

① 軽減できるお薬代の目安です。

- お薬代のみを対象としています。実際の支払額には、お薬代以外の技術料・管理料等の費用が含まれており、上記の金額と異なる場合があります。

② 処方されたお薬(先発医薬品)の名称を記載しています。

- 記載されている医薬品は、院外処方の医薬品のみです。また、処方された医薬品全てが記載されているわけではありません。

③ ジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担の軽減可能額を記載しています。

- ジェネリック医薬品は1つの先発医薬品に対して複数存在する場合がありますため、実際の軽減額には幅があります。あくまで目安としてご利用ください。
- 表示額の1円単位の端数は、実際にお支払いになる場合には切上げもしくは切捨てされるため、完全には一致しません。

ご注意ください

- ◆国や市町村から医療助成を受けている場合、実際の支払額と異なる場合があります。
- ◆医療機関や薬局によって、「お知らせ」に記載の先発医薬品に対応したジェネリック医薬品の取扱いがない場合があります。また、医薬品の供給状況等により一時的に在庫が無い場合があります。
- ◆ジェネリック医薬品は、先発医薬品と色・大きさ・形などが異なる場合があります。
- ◆すべての先発医薬品に対して、ジェネリック医薬品があるわけではありません。