

〒XXX-XXXX
XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXX

XX XX 様

福島県後期高齢者医療広域連合長
(公 印 省 略)

X-X-3907XXXX-××市

-J-有

高額介護合算療養費等の支給申請について（通知）

あなたの世帯の後期高齢者医療制度の被保険者の方は、計算対象期間中の医療保険と介護保険の自己負担額の合計が基準限度額を超え、下記のとおり高額医療・高額介護合算制度の支給対象となっていますのでお知らせします。

支給を受けるためには申請が必要です。同封しました申請書により申請してください。申請時点で対象被保険者の方がお亡くなりになられている場合は、申請書裏面の「申立・誓約書」の記載もお願いします。

なお、申請の有効期間は、本通知の発行日の翌日から2年間です。

記

1	計算対象期間	令和3年8月 ～ 令和4年7月		
2	対象となる被保険者 (被保険者番号・氏名)	医療被保険者番号	氏 名	備考
		XXXXXXXXXX	XX XX 様	【××市】
3	世帯支給額の合計（見込）	X,XXX 円（※1）		

※1世帯支給額の合計は、令和4年12月時点で福島県後期高齢者医療広域連合が把握している情報で仮算定したものであり、実際の支給額は大幅に変更になる場合があります。

※実際の支給は、世帯支給額を各被保険者の自己負担額に応じて按分し、後期高齢者医療保険及び介護保険から個人ごとに支払われます。また、支給日は後期高齢者医療保険と介護保険で異なります。（申請した月から支給まで約4～5ヵ月程度時間を要しますので、ご了承ください。）

※計算対象期間中、重度心身障がい者医療費の助成を受けられていた方（一部市町村は医療費が無料）は、事務処理のため「同意書兼委任状」を併せて提出願います。未提出のまま給付を受けた場合、後日市町村から返還を求められる場合があります。

※令和3年8月から令和4年7月末までの間に加入する保険が変更になった方、または、市町村の区域を越えて転居された方は、変更前の保険または転居元の保険でも支給対象になっている場合がありますので申請時に窓口でご相談ください。

【申請方法等につきましては、裏面をご確認ください。】

◇お問い合わせ先	◆申請窓口・申請書提出先
福島県後期高齢者医療広域連合 業務課 給付係 〒960-8043 福島県福島市中町8番2号 福島県自治会館2階 電話 024-528-9024	XXX XXXX課 XXXX係 〒XXX-XXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 電話 XXX-XXX-XXXX ※または福島県内の市町村担当窓口 (上記申請窓口以外に提出する場合は郵送不可)

【申請方法及び申請時に必要なもの】

1. 申請方法

同封された**全員分の申請書**（記入例を参照のうえ記入、**お亡くなりになっている方は申請書表面を記入し更に裏面の申立・誓約書も記入**）と、重度心身障がい者医療費の助成を受けられていた方は「同意書兼委任状」をまとめて、下記の「◆申請窓口・申請書提出先」に記載されている市町村窓口、直接または郵送で申請してください。

2. 申請時に必要な物

提出者により、下記の物が必要となりますので、申請書と一緒にご持参ください。

（１）ご本人（被保険者）が提出する場合に必要な物

- ①振込口座確認のために必要な口座番号、名義等がわかるもの
 - ・通帳など 1点
- ②個人番号（マイナンバー）を確認するために必要なもの
 - ・個人番号（マイナンバー）カード、通知カード（写しも可）など 1点
 上記②が顔写真付きの個人番号カード以外の場合は③が必要となります
- ③身元確認に必要なもの
 - ・運転免許証、障害者手帳などの顔写真が入っている証明書 1点
 - または、
 - ・後期高齢者医療被保険者証（保険証）、介護保険証、厚生年金保険証書、共済年金保険証書などの公的機関が発行している証書など いずれか 2点

（２）相続人が提出する場合に必要な物

- ①振込口座確認のために必要な口座番号、名義等がわかるもの
 - ・通帳など 1点
- ②相続人の身元確認に必要なもの
 - ・相続人の運転免許証などの顔写真が入っている証明書 1点
 - または
 - ・相続人の公的医療保険被保険者証（保険証）、介護保険証、厚生年金保険証書、共済年金保険証書などの公的機関が発行している証書など いずれか 2点

（３）代理人が提出する場合に必要な物

- ①振込口座確認のために必要な口座番号、名義等がわかるもの
 - ・通帳など 1点
- ②個人番号（マイナンバー）を確認するために必要なもの
 - ・個人番号（マイナンバー）カード、通知カード（写しも可）など 1点
- ③代理権の確認のため必要なもの
 - ・被保険者本人の後期高齢者医療被保険者証（保険証）または委任状 1点
- ④代理人の身元確認に必要なもの
 - ・代理人の運転免許証などの顔写真が入っている証明書 1点
 - または、
 - ・代理人の公的医療保険被保険者証（保険証）、介護保険証、厚生年金保険証書、共済年金保険証書などの公的機関が発行している証書など いずれか 2点

3. 郵送で申請される場合

提出者により、上記の『2. 申請時に必要な物』の写しを申請書に同封してください。

◆ 申請窓口・申請書提出先

××× ××××課 ××××係
 〒×××-××××
 ××市○○字□□○○番地
 電話 ×××-×××-××××

※または福島県内の市町村担当窓口（上記申請窓口以外に提出する場合は郵送不可）