

日時:令和4年11月25日(金)
場所:うるま市石川会館 ホール

沖縄県後期高齢者医療広域連合 事務主管課長及び担当者会議

事業課資料

保険給付2グループ

1. 公金口座を活用した公金給付の運用について

公金口座を活用した公金給付の運用について

現在の標準システムの運用は、公金口座利用を行った場合、1 件ずつ個別に情報照会し、照会結果についても 1 件ずつ手入力する仕様となっており、これでは、事務負担の増加や誤入力による振込不能の発生の恐れがあります。

「公金受取口座登録制度」への根幹である安全性・信頼性確保及び事務負担軽減のためにも、極力人の手を介さず、公金受取口座情報を標準システムに取り込める機能の構築・改修が絶対的に必要であると考えています。

そのため、当該機能の構築・改修が行われない限り、振込不能事象の発生を払拭できないことから、令和 4 年 1 月からの本格運用は難しいと考えております。

また、当広域連合から、国保中央会等へのシステム構築・改修の要望予定です。

本格運用の実施時期につきましては、システム改修後と考えており、現時点では未定となっております。

○標準システム「V04-01」のリリースについて

令和 4 年 11 月末に標準システムにて公金口座の申請書のレイアウト変更や口座登録の入力の際に公金口座のチェック欄が追加されるが、本格運用開始までは、使用せず、これまでの受付の流れで事務処理をお願いします。

本格運用開始時期に関しましては、決まり次第お知らせいたします。

○市町村へのお願い

- ・ 12 月受付から、標準システム「V04-01」でリリースした新様式(別紙 2～6)をお使いください。(旧様式を使用した場合も可とする。)
- ・ 新様式と標準システムの口座登録時の公金チェック欄(別紙 7)は使用しないでください。
- ・ 公金口座希望者が申請に来た場合、現在本格運用が未定の旨を説明し、通常受付をお願いします。

事務連絡
令和4年8月1日

都道府県民生主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）
市区町村後期高齢者医療主管課（部）
都道府県後期高齢者医療広域連合事務局

御中

厚生労働省保険局高齢者医療課

後期高齢者医療制度における公金受取口座を
活用した公金給付の実施等について

日頃より、後期高齢者医療制度の適正な運営に御尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

公的給付支給等口座（以下「公金受取口座」という。）を活用した公的給付の実施については、「公金受取口座を活用した公金給付の実施に向けて」（令和4年3月17日付け厚生労働省保険局高齢者医療課事務連絡）において、後期高齢者医療における試行運用・本格運用の開始時期については、関係府省庁と調整中であり、改めてお知らせする旨をお示ししたところです。

今般、後期高齢者医療における試行運用・本格運用の対応方針について、下記のとおり御案内しますので、各都道府県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）におかれましては、必要な対応を進めていただきますようお願いいたします。

記

1 試行運用の開始について

後期高齢者医療広域連合電算処理システムにおいては、令和4年9月22日リリース予定のV04-01により、公金受取口座を活用した公的給付に係る対応が可能となります。

本給付対応の試行運用について、今般、デジタル庁から、

- ・ 同庁でのシステム整備の状況に鑑み、現時点では令和4年10月末頃から公金受取口座情報の提供を開始する予定であり、当該開始日から令和4年12月

末までの間を試行運用期間とすること

- ・ 可能な限り試行運用を行っていただきたいが、システム対応等の理由により、試行運用を行わないこととすることは可能という見解が示されました。

このため、後期高齢者医療制度においては、窓口負担割合の見直しに係るシステム対応をまずは着実に進めていただく必要があることも踏まえ、試行運用は求めないこととし、各広域連合において、それぞれの準備状況等を鑑みた判断により試行運用が可能である場合に、任意で試行運用を開始していただくようお願いいたします。

2 本格運用の開始について

関係府省庁から具体的・統一的な方針は示されていないところですが、V04-01のリリースから一定の期間があることから、現時点では、当初の予定どおり令和5年1月（※）に本格運用を開始することを想定しています。

※本格運用の開始時期について、変更が生じた場合は、改めてお知らせいたします。

なお、試行運用を実施しない場合も、運用上の問題等がないことを確認できていれば、各広域連合の判断で本格運用を開始することも差し支えないこととされておりますので、あわせて、御承知置き願います。

(問い合わせ先)厚生労働省保険局高齢者医療課 監理係 廣田、天野 電話：03-3595-2090 Mail: kanri0@mhlw.go.jp

入力	受付

```

8 XXXXXXXX
2 0XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
2 0XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
2 0XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
2 0XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
2 0XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
2 0XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

```



後期高齡者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号	8XXXXXXXXXXXX	個人番号	
氏 名	20XXXXXXXXXXXX		
生年月日	2X 2X 年 2X 月 2X 日	電話番号	

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			
受けられる	(制度名 -	)	(費用徴収の 有 ・ 無)
受けられない			

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。

[illegible]

☐ 公金受取口座を利用します。
給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「☐ 公金受取口座を利用します」にチェック（✓）してください。
公金受取口座を利用する場合は、口座情報（上記太枠部）の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は ㇿ として、氏と名の間は ㇿ あけてください。
被保険者以外の口座に振込先を希望する場合は、必ず委任状を添付してください。

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

2 X 年 月 日

申請者 住 所 〒 _____
 (被保険者) 氏 名 _____ 連絡先 _____

届出人 住 所 〒 _____
 氏 名 _____ 続 柄 _____ 連絡先 _____

後 期 高 齢 者 医 療
療 養 費 支 給 申 請 書

入力	受付

受付日 2 X 2X 年 2X 月 2X 日
決定日 年 月 日

保険者番号	8	個人番号					
被保険者番号	8	療 受	被保険者氏名	1 5 X X X X X X X X X X X X			
公費負担者番号	8	養 け	生年月日	2 X 2X 年 2X 月 2X 日			
公費受給者番号	7	を た	入外	2 X	割合	2X 割	
診療年月	2 X 2X 年 2X 月		2 X 2X 年 2X 月 2X 日 から				
診療日数	2X 日		2 X 2X 年 2X 月 2X 日 まで				

種 類	1 0 X X X X X X X X		
傷 病 名		発病又は負傷年月日	年 月 日
診療を受けた医療機関等の所在地	3 0 X		
診療を受けた医療機関名又は施術師	3 0 X		
支給申請をした理由			
発病又は負傷の理由		第三者行為（事件・事故等）によるものですか	はい いいえ

療 養 に 要 し た 費 用 額	8	食 事 回 数	3
審 査 認 定 額	8	療 養 に 要 し た 費 用 額	8
一 部 負 担 金	8	食 事 標 準 負 担 額	8
自 己 負 担 金		支 給 金 額	

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 ・ 信用金庫 協同組合 ・ ()	本 店 ・ 支 店 ()	預 種 金 別	普 通 当 座 その他
口座番号等 左詰記載して下さい				
口座名義人 (カタカナ)				

☐ 公金受取口座を利用します。
給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「☐ 公金受取口座を利用します」にチェック（✓）してください。
公金受取口座を利用する場合は、口座情報（上記太枠部）の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は 字として、姓と名の間は 字あけてください。
被保険者以外の口座に振込先を希望する場合は、必ず委任状を添付してください。

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日
4 X X X 後期高齢者医療広域連合長様

申請者 (被保険者)	住 所	
	氏 名	連絡先
届出人	住 所	
	氏 名	続 柄 連絡先

被保険者以外が申請を行う場合は、届出人欄に記入してください。

後 期 高 齢 者 医 療 食 事 療 養 標 準 負 担 額 差 額 支 給 申 請 書

入力	受付

受付日 2 X 2X 年 2X 月 2X 日
 決定日 年 月 日

保険者番号	8	個人番号											
被保険者番号	8	療 受 養 け を た	被保険者氏名	1 5 X X X X X X X X X X X X X X									
公費負担者番号	8												
公費受給者番号	7		生年月日	2 X 2 X 年 2 X 月 2 X 日									

入院をした保険医療機関等の所在地	30XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
入院をした保険医療機関等の名称	30XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
入院日数	2 X 2X 年 2X 月 2X 日 から 2 X 2X 年 2X 月 2X 日 まで 2X 日間 3X 回
入院に際して受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）	7XXXXXXXX 円
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由	

差 額 支 給	イ（ - ）円 × （ ）回 = （ ）円	合 計 9XXXXXXXX
	ロ（ - ）円 × （ ）回 = （ ）円	
	ハ（ - ）円 × （ ）回 = （ ）円	
	ニ（ - ）円 × （ ）回 = （ ）円	
	ホ 却下（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。網かけの中は記載不要です。

振 込 先	銀 行 ・ 信用金庫	本 店 ・ 支 店 （ ）	預 種 金 別	普 通 当 座 その他
	協同組合 ・ （ ）			
口座番号等 左記記載して下さい				
口座名義人 (カタカナ)				

☐ 公金受取口座を利用します。

給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「☐ 公金受取口座を利用します」にチェック（✓）してください。

公金受取口座を利用する場合は、口座情報（上記太枠部）の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は ㇿ として、氏と名の間は ㇿ 空けてください。
 被保険者以外の口座に振込先を希望する場合は、必ず委任状を添付してください。

上記のとおりに関係書類を添えて後期高齢者医療の食事療養標準負担額差額の支給を申請します。

年 月 日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所 〒
 （被保険者） 氏 名 連絡先

届出人 住 所 〒
 氏 名 続 柄 連絡先

被保険者以外が申請を行う場合は、届出人欄に記入してください。

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		6XXXXX		申請区分		1新規		2変更		3取下げ		(保険者等記入欄)				支給申請書整理番号		17XXXXXXXXXXXXXXXXXX									
申請形態		1計算期間末日以降申請(期間中死亡・生保適用・海外移住者なし)						2計算期間末日以降申請(期間中死亡者あり)						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)						1死亡・海外移住等計算期間中申請							
フリガナ		20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						生年月日		11XXXXXXXXXX 生		個人番号		19XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX													
氏名		20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										計算期間の始期及び終期															
国民健康保険資格情報																											
保険者番号		被保険者記号		被保険者番号		続柄		保険者名称		加入期間																	
8XXXXXXXXX		10XXXXXXXXXX		20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員		10XXXXXXXXXX 10XXXXXXXXXX		27XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																	
後期高齢者医療資格情報																											
保険者番号		被保険者番号						広域連合名称						加入期間													
8XXXXXXXXX		8XXXXXXXXX						20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						27XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX													
介護保険資格情報																											
保険者番号		被保険者番号						保険者名称						加入期間													
6XXXXXX		10XXXXXXXXXX						20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						27XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX													
支給方法		口座管理番号		振込口座記入欄		金融機関コード		店舗コード		種目		口座番号				口座名義人(フリガナ)		振込先口座管理番号									
6 2.口座振込		2X		7XXXXXX		4XX		7XXXXXX		3XX		1.普通預金 2.当座預金 9.その他		7XXXXXX				20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		2X							
☐ 公金受取口座を利用します。 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「 ☐ 公金受取口座を利用します」にチェック(✓)してください。 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の写しの添付等は不要です。																											
保険者加入歴		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		20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						26XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
		2		20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						26XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
		3		20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						26XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
		4		20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						26XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
		5		20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						26XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					
〒 8XXXXXXXXX 40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 11XXXXXXXXXX 27XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給を申請します。 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。 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、 高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給申請を行う場合、 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。 郵便番号 8XXXXXX 住所 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 申請代表者 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 氏名 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 電話番号 16XXXXXXXXXXXXXX のいずれも丸で囲んで下さい。 のみを丸で囲んで下さい。 はい/いいえ																											

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	6XXXXX	申請区分	1新規	2変更	3取下げ	(保険者等記入欄)		支給申請書整理番号	18XXXXXXXXXXXXXXXXXX
申請形態	1計算期間末日以降申請（期間中死亡・生保適用・海外移住者なし）			2計算期間末日以降申請（期間中死亡者あり）			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	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	生年月日	11XXXXXXXXXX 生	個人番号	
氏 名	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX			計算期間の始期及び終期	19XXXXXXXXXXXXXXXXXX

国民健康保険資格情報					
保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	続柄	保険者名称	加入期間
8XXXXXXXX	10XXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	1.世 帯 主 2.擬制世帯主 3.世 帯 員	10XXXXXXXXXX 10XXXXXXXXXX	27XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

後期高齢者医療資格情報				
保険者番号	被保険者番号		広域連合名称	加入期間
8XXXXXXXX	8XXXXXXXX		20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	27XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

支給方法	振込口座 記 入 欄	7XXXXXXXX	金融機関コード			店舗コード	種 目	口座番号						口座名義人 (フリガナ)	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
6XXXXXX			4	X	X			X	7	X	X	7	X		

☐ 公金受取口座を利用します。 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「☐ 公金受取口座を利用します」にチェック（✓）してください。
公金受取口座を利用する場合は、口座情報（上記太枠部）の記載や通帳の写しの添付等は不要です。

保 険 者 加 入 歴	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	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	26XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	2	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	26XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	3	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	26XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	4	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	26XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	5	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	26XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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。

〒 8XXXXXXXX	40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 27XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX
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 8XXXXXX 住所 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
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。		申請代表者 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
自己負担額証明書の交付申請を行う場合、 ・ のいずれも丸で囲んで下さい。		氏名 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
高額療養費（外来年間合算）の支給申請を行う場合、 のみを丸で囲んで下さい。		電話番号 16XXXXXXXXXXXXXX
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		

別紙 7

(「口座（登録）」画面で[公金受取口座]が表示されていることの確認)

http://ok3nwb01.ok3-kouiki.local/ - KD115040:口座選択 - Internet Explorer

沖縄県後期高齢者医療広域連合電算処理システム V04-01

資格 ▾ 賦課 ▾ 収納 ▾ 給付 ▾ 共通 ▾ 情報連携管理 業務運用支援

口座選択

被保険者番号 [] 個人番号 ***** 性別 女 生年月日 []

住所 []

個人検索 + メモ

口座情報一覧 2件

No	支給種別	支払方法 (金融機関名) 名義人(カナ)	預金種別	口座番号	口座使用開始日	口座使用終了日

戻る 選択 照会 登録 修正 削除

http://ok3nwb01.ok3-kouiki.local/ - KD115050:口座（登録） - Internet Explorer

沖縄県後期高齢者医療広域連合電算処理システム V04-01

資格 ▾ 賦課 ▾ 収納 ▾ 給付 ▾ 共通 ▾ 情報連携管理 業務運用支援

口座（登録）

被保険者番号 [] 個人番号 ***** 性別 女 生年月日 []

住所 []

+ メモ

① KDM40201 高額療養費の口座を登録する場合、既に登録されている口座と使用期間が重複しないよう、入力してください。

口座情報

支給種別 ※ []

支払方法 ※ ☐ 金融機関 ☐ 隔地払い

金融機関 [] - [] 金融機関

預金種別 []

名義人 (カナ) []

口座番号 []

口座使用開始日 []

口座使用停止日 []

相続人 ☐

公金受取口座 ☐

戻る 確認