

日時:令和6年5月17日(金)

場所:うるま市石川会館

沖縄県後期高齢者医療広域連合 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. 各種申請書の整理について

各種申請書の整理について

1. 背景

当広域連合では、各市町村から届く申請書（手書き）の内容と標準システムへ入力された内容との目視確認を行っているが、AI-OCR（紙文書の電子データ化）を活用することによって、業務の効率化を目指しているところである。

2. 理由

AI-OCRの有効性を検証するために、令和6年2月からトライアル（1か月間）を実施したところ、各市町村によって使用する申請書（高額療養費、口座変更、療養費、葬祭費）のレイアウトが微妙に異なることが発覚。

その結果、AI-OCRの読み取り範囲がずれてしまい、識字率低下の原因となった。

3. 期待されること

各種申請書が整理されることによって、AI-OCRの読み取り精度が高くなり、事務処理誤り（他人口座への誤振込等）の事前防止に寄与することが期待される。

4. 市町村へのお願い

各種申請書は、標準システムから出力したものをお使いになるようご協力をよろしくお願ひします。

※すでに独自の申請書を使用していて、標準システムから出力しない市町村においては、市町村内で申請書をひとつに統一する等のご対応をよろしくお願ひいたします。

入力	受付

■■■■■■■■■■
■■■■■■■■■■
■■■■■■■■■■

■■■■■■■■■■



後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号	■■■■■■■■■■	個人番号	
氏名	■■■■■■■■■■		
生年月日	■■■■年■■月■■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 (制度名ー) (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。

振込先	銀行	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座 その他
	信用金庫 協同組合 ()			
口座番号等 <small>左詰記載して下さい</small>				
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1字として、氏と名の間は1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。

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。また、過誤調整等により支給済の高額療養費に返納が生じた場合は、次回以降の高額療養費で支給調整することに同意します。

令和 年 月 日

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 療養費支給申請書

入力	受付

受付日 令和 6 年 4 月 26 日
 決定日 年 月 日

保険者番号		個人番号	/ / / / / / / / / / / / / / / /		
被保険者番号		療 受 養 け を た	被保険者氏名	[REDACTED]	
公費負担者番号			生年月日	[REDACTED]	年
公費受給者番号		入外	割合	割	
診療年月	年 月	療養期間	年 月 日	から	
診療日数	日		年 月 日	まで	

種 類	[REDACTED]				
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					
診療を受けた医療機関名又は施術師					
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	食 事 回 数
審 査 認 定 額	療 養 に 要 し た 費 用 額
一 部 負 担 金	食 事 標 準 負 担 額
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 <small>左記記載して下さい</small>				
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1字として、姓と名の間は1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
 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。

入力	受付

後 期 高 齢 者 医 療 葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日 令和 〇 年 〇 月 〇 日
 決定日 〇 年 〇 月 〇 日

保険者番号 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

被保険者番号 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

支給金額 ￥20000 -

死亡者の氏名	XXXXXXXXXXXX
死亡者の生年月日	XXXX 年 XX 月 XX 日
死亡年月日	年 月 日
葬 祭 日	年 月 日
死亡の原因	1. 交通事故 2. 交通事故以外

この申請にかかる一切の責任を負うことに同意のうえ、次のとおり申請します。

年 月 日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 様

申請人 (葬祭執行者)	住所	〒 - 		
	氏名			
	連絡先		死亡者との続柄	
届出人	住所	〒 - 		
	氏名			
	連絡先		死亡者との続柄	

※申請人（葬祭執行者）以外が届出を行う場合は、届出人欄に記入してください。
 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。

振込先	銀行 信用金庫 協同組合 ()	本店・支店 ()	預金種別	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)				

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1字として、氏と名の間は1字あけてください。
 ※申請者（葬祭執行者）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。

被保険者番号	被保険者氏名	口座開始日	金融機関名		金融機関支店名		預金種別	口座番号	口座名義人氏名 (カナ)	相続人	備考
00000000	〇〇〇 〇	20230901	9375	沖縄県農業協同組合	179	金武支店	1	0000000	〇〇〇〇 〇〇		
00000000	〇〇 〇〇	20230904	0188	沖縄銀行	316	与勝支店	1	0000000	〇〇〇〇 〇〇〇	1	広域更新
00000000	〇〇 〇〇	20230907	9375	沖縄県農業協同組合	179	金武支店	1	0000000	〇〇〇〇 〇〇		
00000000	〇〇 〇〇	20230908	9375	沖縄県農業協同組合	179	金武支店	1	0000000	〇〇〇〇 〇〇〇		〇〇市更新
00000000	〇〇 〇〇	20230911	9375	沖縄県農業協同組合	179	金武支店	1	0000000	〇〇〇〇 〇〇		
00000000	〇〇 〇〇〇	20230911	9900	ゆうちょ銀行	028	〇二八	1	0000000	〇〇〇〇 〇〇〇		
00000000	〇〇 〇〇〇	20230913	0188	沖縄銀行	401	金武支店	1	0000000	〇〇〇〇 〇〇		
00000000	〇〇 〇〇	20230919	0187	琉球銀行	501	石川支店	1	0000000	〇〇〇〇 〇〇〇		
00000000	〇〇 〇〇	20230919	0187	琉球銀行	501	石川支店	1	0000000	〇〇〇〇 〇〇		
00000000	〇〇 〇	20230919	0187	琉球銀行	509	金武支店	1	0000000	〇〇〇〇 〇〇〇		