

後期高齢者医療事務マニュアル

給付編

沖縄県後期高齢者医療広域連合

令和6年4月

※現時点における事務局案であり、今後変更となる可能性があります。

目 次

給 付 業 務

1	窓口手続き 給付編	.....	P. 1
2	共通	.....	P. 2
3	申請受付日	.....	P. 5
4	ファイリング	.....	P. 6
5	療養費(補装具)	.....	P. 9
6	療養費(一般診療)	.....	P. 12
7	療養費(移送費)	.....	P. 15
8	療養費(海外療養費)	.....	P. 24
9	療養費(はり・きゅう、マッサージ)	.....	P. 28
10	食事療養費差額支給	.....	P. 38
11	葬祭費	.....	P. 42
12	高額介護合算療養費	.....	P. 45
13	委任状、約定書	.....	P. 51
14	申請書記入例	.....	P. 54



1. 窓口手続き

～給付編～



	 被保険者が持参していただくもの	 市 町 村 窓口で出力する 申請書	 代理人		備 考
			申請	受領※	
補装具	①医師の証明書	療養費 支給申請書	○	○ (委任状)	
	②領収書				
	③振込先口座の分かるもの				
	④委任状(受領を委任する場合)				
	⑤被保険者証				
一般診療	①診療報酬明細書(レセプト)	療養費 支給申請書	○	○ (委任状)	
	②領収書				
	③振込先口座の分かるもの				
	④委任状(受領を委任する場合)				
	⑤被保険者証				
移送費	①移送を必要とする医師の意見書	療養費 支給申請書	○	○ (委任状)	
	②移送経路が分かるもの(航空券の控え等)				
	③移送費用の領収書				
	④振込先口座の分かるもの				
	⑤委任状(受領を委任する場合)				
	⑥被保険者証				
海外療養費	①診療内容明細書(FormA)	療養費 支給申請書	○	○ (委任状)	申請は、原則として本人帰国後に行う。
	②領収明細書(FormB)				
	③領収書				
	④振込先口座の分かるもの				
	⑤委任状(受領を委任する場合)				
	⑥被保険者証、パスポート				
	⑦調査に関わる同意書				
はり・きゅう マッサージ	①療養費支給申請書(はり・きゅう用)(あんま・マッサージ用)	療養費 支給申請書	○	○ (委任状)	
	②医師の同意書				
	③領収書				
	④振込先口座の分かるもの				
	⑤委任状(受領を委任する場合)				
	⑥被保険者証 ※その他 P28参照				
食事療養費 差額支給	①領収書	食事療養費差額 支給申請書	○	○ (委任状)	
	②振込先口座の分かるもの				
	③委任状(受領を委任する場合)				
	④被保険者証、限度額証				
葬祭費	①葬祭を執り行った事実が分かる書類 (葬祭費用の領収書等、その他喪主等がわかるもの)	葬祭費支給申請書	○	○ (委任状)	
	②葬祭日が確認できる書類				
	③振込先口座の分かるもの				
	④委任状(受領を委任する場合)				
高額介護合算 療養費	①高額介護合算療養費の支給について(勧奨通知(ハガキ))	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	○	○ (委任状)	
	②振込先口座の分かるもの				
	③委任状(受領を委任する場合)				
	④被保険者証				
	⑤自己負担額証明書				

※代理人受領の委任状は、被保険者以外の口座へ振り込む場合に必ず貼付

2. 共 通

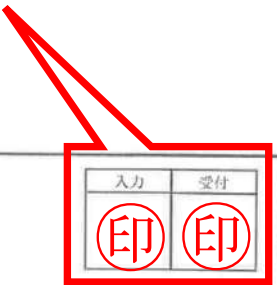
受付について

各種申請を受ける時は、下記事項を確認する

- (1) 被保険者証(資格)の確認
- (2) 給付を受けるために必要な書類の確認
- (3) 保険料収納状況の確認

申請について

- ・ 申請書は標準システムから出力する
- ・ 申請書の右上「受付・入力」欄に担当者(申請受付者・標準システムの入力者)
の印を押印する※署名(サイン)可



後 期 高 齢 者 医 療 療 養 費 支 給 申 請 書									
受付日 決定日	平成	年	月	日	個人番号				
保険者番号	3947				療 受	被保険者氏名			
被保険者番号					養 け	生年月日	年	月	日
公費負担者番号					を た	入外	割合	割	
公費受給者番号					診療年月	年	月	日	から
					療養期間	年	月	日	まで
診療日数			日						

【柔道整復施術に係る申請書】

- ・ 柔道整復施術に係る申請書(請求書)は、受領委任制度により施術団体等から直接国保連合会に送付することになっている。

申請書等の控え(写)について

- ・ 申請書等の控え(写)について広域連合としては、申請者等からの問い合わせの対応や原本送付時の天災、地災、その他の不可抗力の事由による原本の喪失に備え市町村での保管を推奨するが、申請書等の控え(写)を保管することについては、各市町村の任意とする
- ※ 被保険者以外(支給対象者以外)の口座へ振込先を希望する申請(申請書)については、必ず市町村の控え(写)を保管すること
(P.4「委任状について」参照)

申請簿について

- ・ 「申請簿」は標準システムへの入力をもとに広域連合で作成し、月初めにデータで配布するので、各市町村で出力し、申請書と照合する
- ・ 照合した結果、誤りがあれば訂正する(申請簿を見え消し訂正する)
- ・ 申請簿(原本)は各種申請書と一緒に広域連合へ送付する
- ※ 申請簿の控え(写)を必ず市町村で保管すること

申請書等の送付について

- ・ 各種申請書は申請の翌月10日までに広域連合へ届くように送付する(必着)
- ※ 提出期限の10日が閉庁日にあたる場合は、その後の直近の開庁日までとする
(P.5参照)
- ※ 送付方法については郵送等か、広域連合へ直接持参する
- ※ 郵送等の場合は、確実に届いたことが確認できるように配達記録等を利用する

申請書等の受付・確認について

- ・ 広域連合で申請簿と申請書を確認し、不備等がある場合は市町村へ照会又は返戻とする
- ・ 照会を受けた市町村は確認後、広域連合へ回答する
- ・ 返戻を受けた市町村は追加・訂正等を行い、広域連合へ報告する
- ※ 追加・訂正等を行った申請書は次回の申請書と一緒に広域連合へ送付する

支給方法

- ・ 原則、口座振込みとする
- ・ 代理人の口座(被保険者以外の口座)への振込みも可能とする ※1
- ・ 特別な理由がある場合は、現金支給も可能とする ※2
- ※1 療養費の受領を委任する場合は委任状を必ず添付する
- ※2 現金支給を行う場合は、市町村で資金前渡職員の開設が必要
- ※3 各項目について、使用可能口座は1つとすること。
(高額療養費以外複数登録が可能ですが、誤振込の原因となります。)

委任状について(被保険者以外の口座へ振込先とする場合)

- ・ 被保険者名義以外の口座へ振り込む場合は、必ず委任状を添付すること
- ・ 委任状の原本は、広域連合へ送付する
- ※ 被保険者以外の口座を振込先とする場合は、申請者の控え(写)を必ず市町村で保管すること
- ※ 「委任状」参考様式(P.51、P.52)
- ※ 委任状については、任意様式も可能とする
- ※ 既に被保険者以外の口座が振込先となっている場合は、市町村で保管している委任状を確認してください。確認できない場合は、広域連合に確認してください

保険料の未納がある場合

- ・ 療養費の支給申請を受付ける時は、受給対象者の保険料収納状況を確認する
- ・ 保険料の未納がある場合は、窓口で納付相談・調整を行う。

領収書について

- ・ 医療費控除等のために原本を添付できない場合は、原本証明付きの写しも可能とするが、重複請求を避けるためにも原本に受付印等を押印する

支給決定処理について

- ・ 広域連合で「支給決定通知書」又は「支給申請却下通知書」等を作成し、被保険者へ送付する

申請書等の保管について

- ・ 申請書等(原本)については広域連合にて保管する(保管期間:3年間)

約定書について

- ・ 約定書は、相続権がある方が申請可能です。
その他の方が受領を希望している場合は、相続権(約定書の方)から「委任状」が必要です。

※戸籍等で相続人の確認をお願いします。

3. 申請受付日

後期高齢者医療広域申請書受付日

申 請 付	市 町 村 申 請 締 切	広 域 連 合 申 請 書 受 付 締 切 (必 着)
4月分	4月末日	5月10日
5月分	5月末日	6月10日
6月分	6月末日	7月10日
7月分	7月末日	8月10日
8月分	8月末日	9月10日
9月分	9月末日	10月10日
10月分	10月末日	11月10日
11月分	11月末日	12月10日
12月分	12月末日	1月10日
1月分	1月末日	2月10日
2月分	2月末日	3月10日
3月分	3月末日	4月10日

1. 各種申請書は申請を受付けた月の翌月10日までに広域連合へ必着となるよう送付する
2. 提出期限の10日が土日祝祭日にあたる場合は、その後の直近の開庁日までとする
3. 送付方法については郵送又は広域連合へ直接持参する(方法については各市町村の任意)
4. 郵送等の場合は、確実に届いたことが確認できるよう配達記録等を利用する
5. 申請書の取りまとめ方法等についてはP.6～P.8参照

4. ファイリング

【申請の種類ごとに分類】

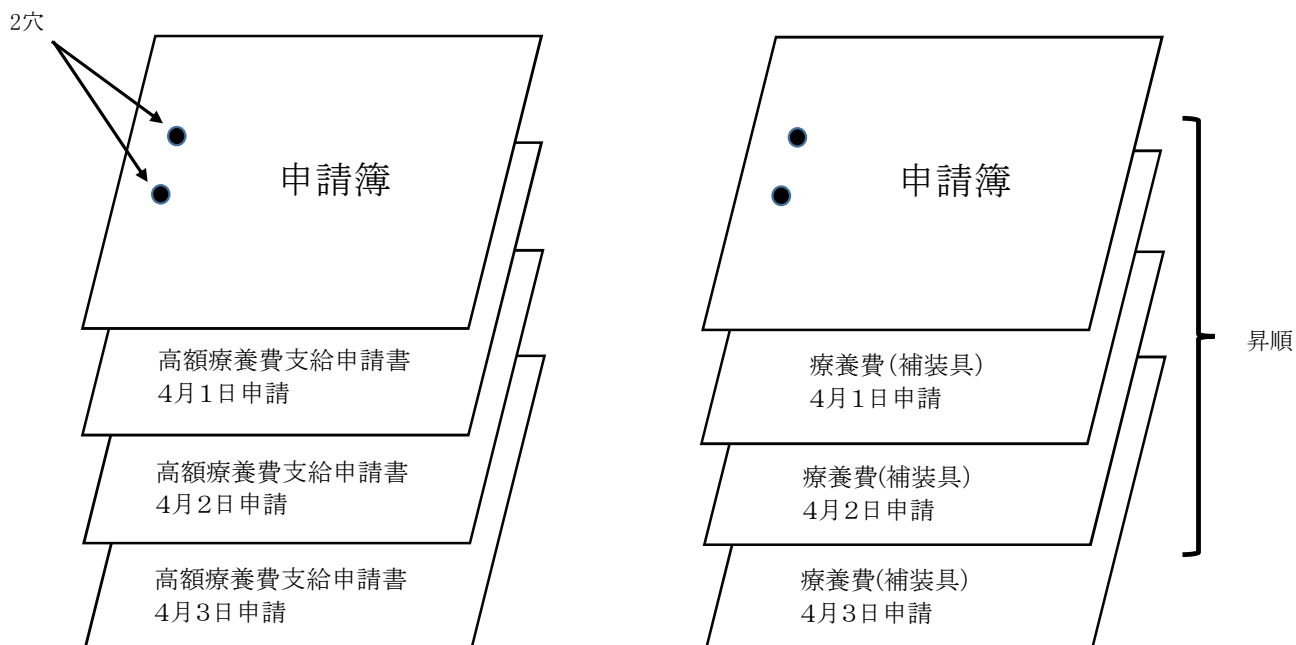
申請の種類ごとに分類し、各々申請簿をつける

申請書名	申請書の種類	
後期高齢者医療 高額療養費支給申請書	高額療養費	申請簿
後期高齢者医療 療養費支給申請書	療養費(補装具)	〃
	療養費(一般診療)	〃
	療養費(移送費)	〃
	療養費(海外療養)	〃
	療養費(はり・きゅう)	〃
	療養費(マッサージ)など	〃
後期高齢者医療 食事療養差額支給申請書	食事療養差額	〃
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	高額介護合算療養費	〃
振込口座届出・変更届出		〃

【綴り方～申請の種類ごとにファイリングする場合～】

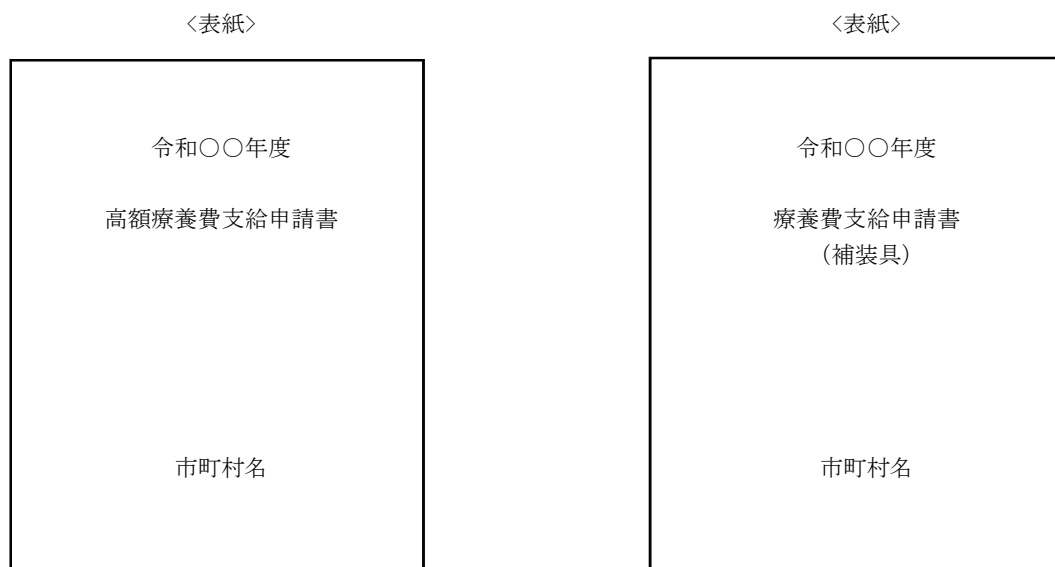
分類した各申請書の上に申請簿をつけ、2穴左綴じとする

※申請簿は原本を広域連合へ送付し、写しを必ず市町村で保管する



【ファイルの表紙及び背表紙～申請書の種類ごとにファイリングする場合～】

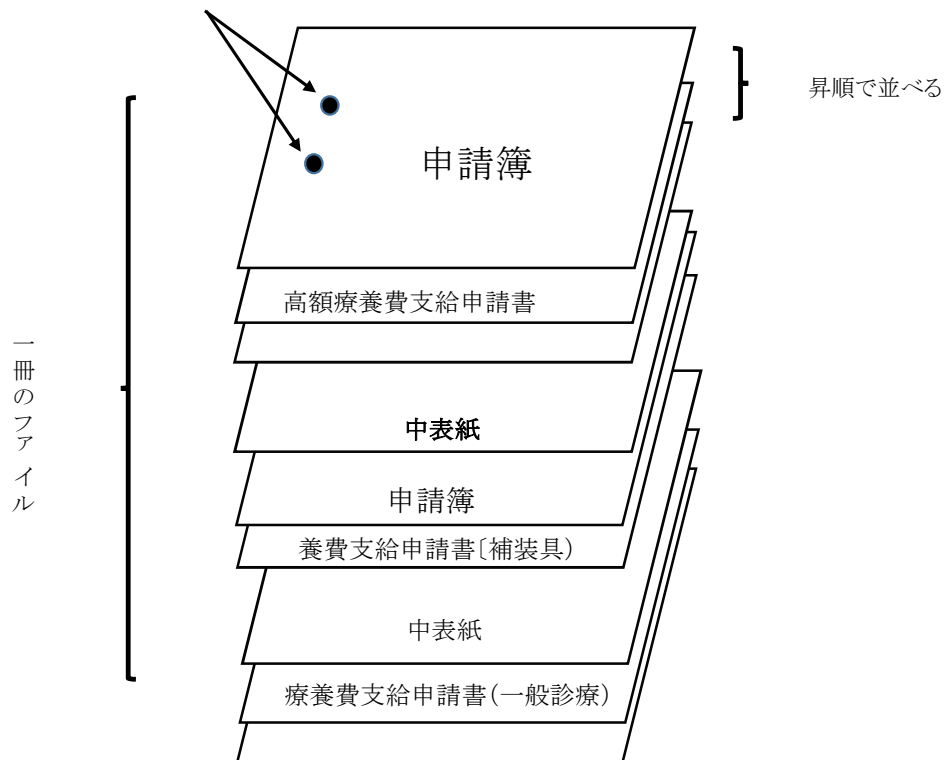
表紙及び背表紙に申請の年月・種類・市町村名を記載する



【綴り方～各種申請書をを一冊のファイルに綴る場合～】

申請書が少ないときは申請書を一冊のファイルにまとめても構わないが、その場合は申請の種類ごとに分類し、申請書、中表紙を付けて分類する

2穴



【ファイルの表紙及び背表紙～申請書の種類ごとにファイリングする場合～】

表紙及び背表紙に申請の年月・種類・市町村名を記載する

〈表紙〉

令和〇〇年度
療養費支給申請書 (高額・補装・一般診療)
市町村名

5. 療養費(補装具)

①申請	被保険者
-----	------

②申請受付	市町村
-------	-----

【添付書類の確認】

- (1) 医師の証明書(意見書等)
⇒疾病名、装具名、医療機関名、医師の氏名、義肢装具士名、日付、入院外来の確認
- (2) 領収書(内訳の分かるもの)⇒領収年月日等を確認
※証明書の装着確認日と同日か、それ以後の日付であること
- (3) 委任状(療養費の受領を委任する場合)

【資格等の確認】

- (1)「領収書」の領収日に資格があるか確認
- (2)振込先口座の確認

【標準システムへの入力及び申請書の出力】

- ・ 標準システムへ必要事項を入力し、「療養費支給申請書」を出力

【保険料の収納状況報告】

- ・ 保険料の未納がある場合は、納付について相談・調整を行う

③申請書等に記入	被保険者
----------	------

- ・ 公費負担者番号と公費受給者番号を取得している被保険者は申請書にその番号を必ず記入

④申請内容も確認し、標準システムに入力	市町村
---------------------	-----

- ・ 申請内容を標準システムへ入力
- ・ 保険料の未納がある場合は、窓口で納付相談・調整を行う。
- ・ 支給までの流れ(日程等)について被保険者へ説明
※義足、義手は国保連へ審査を依頼するため日数を要する

⑤原本を広域連合へ送付	市町村
-------------	-----

- ・ 月締めで申請書等を種類ごとに取りまとめる(P.6～P.8参照)
- ・ 翌月初めに広域連合から送付される申請簿と申請書を照合し、誤りがある場合は訂正する
- ・ 申請簿と申請書をファイリングし、申請の翌月10日までに広域連合へ必着となるよう送付

【申請書等のコピーについて】

申請書:控え(写)を保管することを推奨するが保管については、市町村の任意とする
 ※療養費の受領を委任する場合は「申請書及び委任状」の控えを必ず保管する

申請簿:控え(写)を必ず市町村で保管する

⑥申請書等の受付・確認	広域連合
-------------	------

- ・ 申請簿と申請書等を確認し、不備等がある場合は市町村へ照会又は返戻

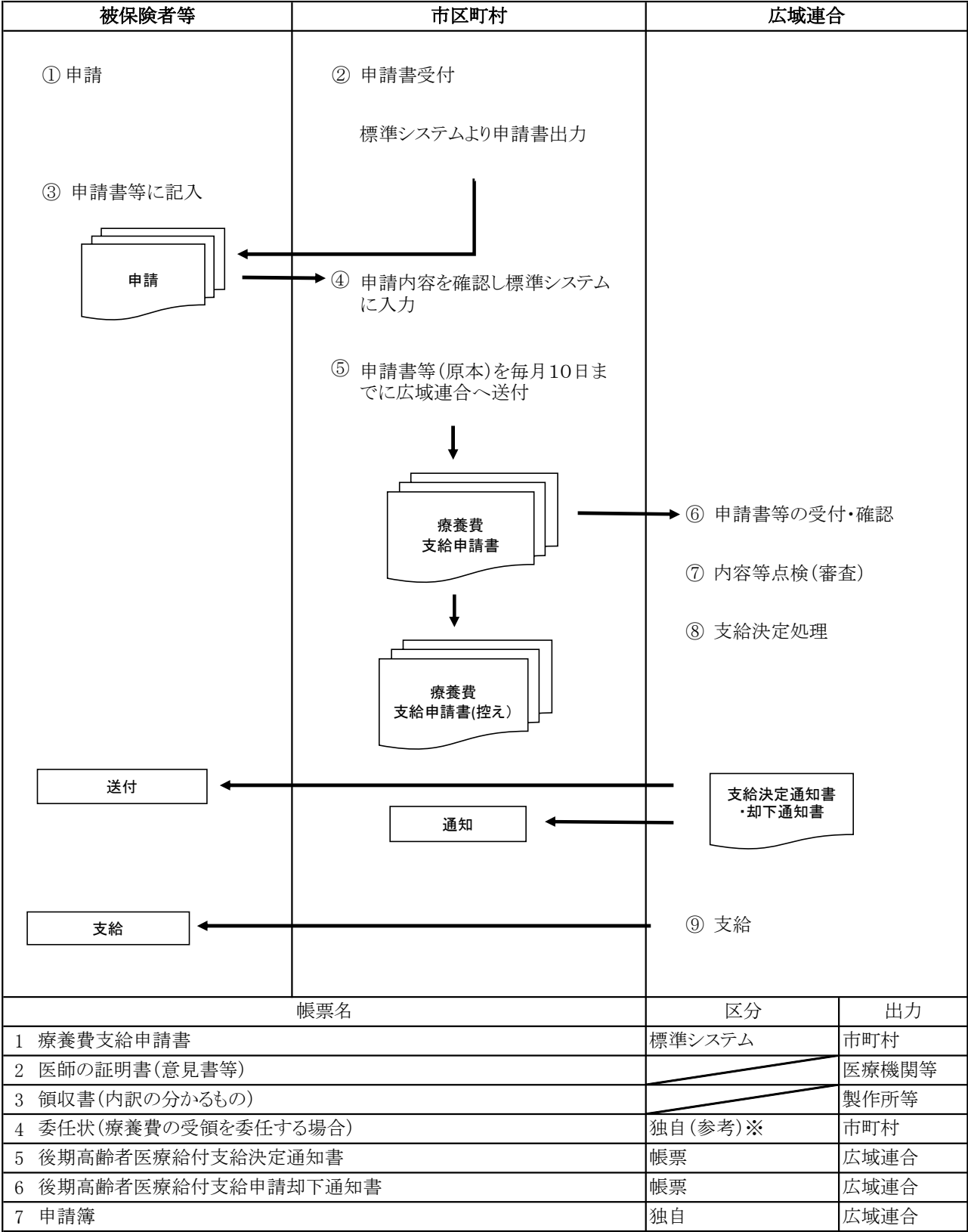
⑦内容点検(審査)	広域連合
-----------	------

⑧支給決定処理	広域連合
---------	------

- ・ 「支給決定通知書」、「支給却下通知書」を作成し被保険者へ送付する
「支給却下通知書」は、市町村にもDドライブ(フォルダ)で通知する
- ・ 振込みデータを作成し、金融機関へ振り込み依頼

⑨支給	広域連合
-----	------

療養費支給申請(補装具)



※ 参考様式有り。任意様式も可能とする。

6. 療養費(一般診療)

①申請	被保険者
-----	------

②申請受付	市町村
-------	-----

【添付書類の確認】

- (1) 診療報酬明細書(レセプト)※診療明細書ではない
- (2) 領収書(10割支払ったことが確認できるもの)
- (3) 委任状(療養費の受領を委任する場合)

【資格等の確認】

- (1) 診療月に資格があるか確認
- (2) 振込先口座の確認

【標準システムへの入力及び申請書の出力】

- ・ 標準システムへ必要事項を入力し、「療養費支給申請書」を出力

【保険料の収納状況報告】

- ・ 保険料の未納がある場合は、納付について相談・調整を行う

③申請書等に記入	被保険者
----------	------

- ・ 公費負担者番号と公費受給者番号を取得している被保険者は申請書にその番号を必ず記入

④申請内容も確認し、標準システムに入力	市町村
---------------------	-----

- ・ 申請内容を標準システムへ入力
- ・ 保険料の未納がある場合は、窓口で納付相談・調整を行う。
- ・ 支給までの流れ(日程等)について被保険者へ説明
※レセプト審査状況によっては日数を要する

⑤原本を広域連合へ送付	市町村
-------------	-----

- ・ 月締めで申請書等を種類ごとに取りまとめる(P.6～P.8参照)
- ・ 翌月初めに広域連合から送付される申請簿と申請書を照合し、誤りがある場合は訂正する
- ・ 申請簿と申請書をファイリングし、申請の翌月10日までに広域連合へ必着となるよう送付

【申請書等のコピーについて】

申請書:控え(写)を保管することを推奨するが保管については、市町村の任意とする
 ※療養費の受領を委任する場合は「申請書及び委任状」の控えを必ず保管する

申請簿:控え(写)を必ず市町村で保管する

⑥申請書等の受付・確認	広域連合
-------------	------

- ・ 申請簿と申請書等を確認し、不備等がある場合は市町村へ照会又は返戻

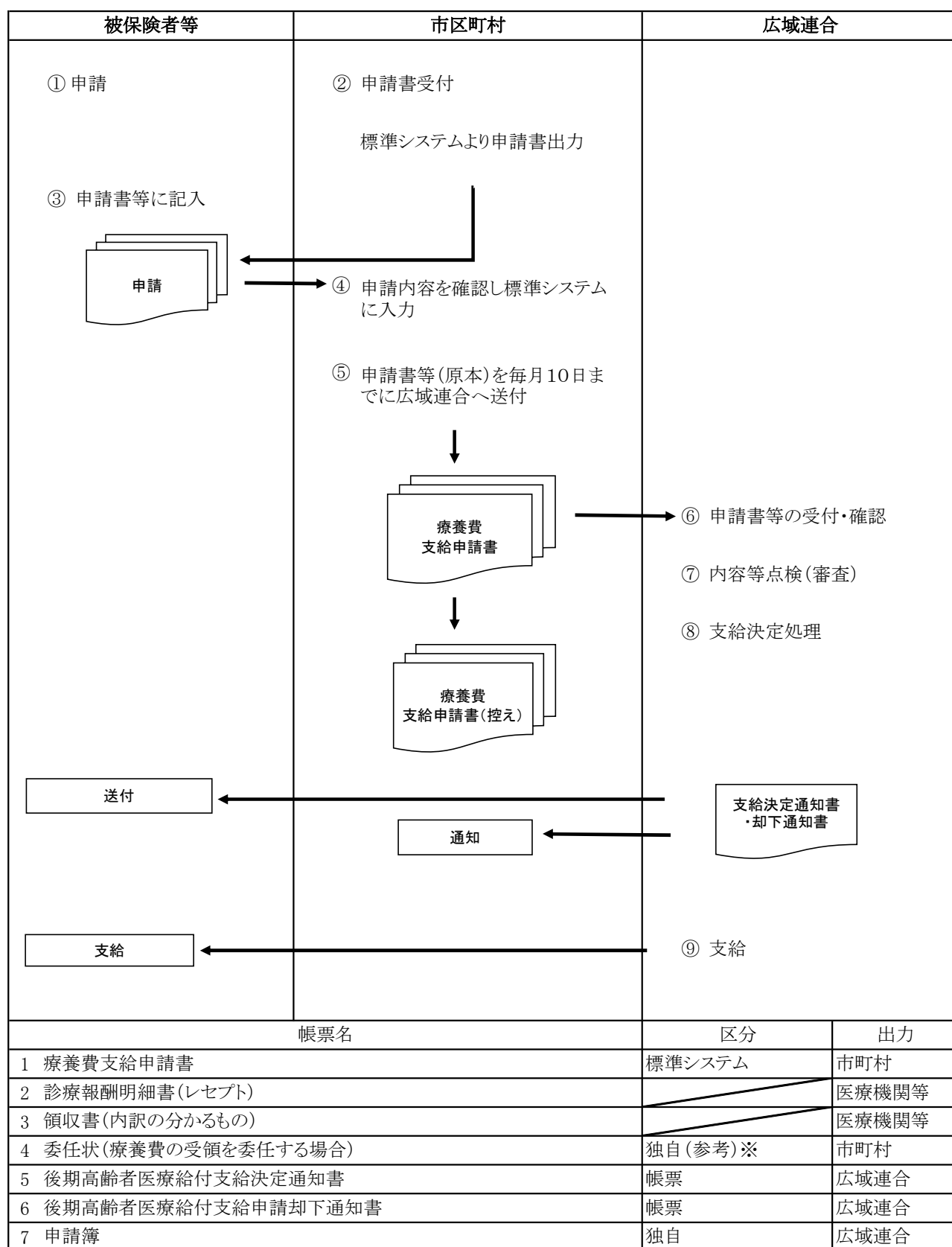
⑦内容点検(審査)	広域連合
-----------	------

⑧支給決定処理	広域連合
---------	------

- ・ 「支給決定通知書」、「支給却下通知書」を作成し被保険者へ送付する
「支給却下通知書」は、市町村にもDドライブ(フォルダ)で通知する
- ・ 振込みデータを作成し、金融機関へ振り込み依頼

⑨支給	広域連合
-----	------

療養費支給申請(一般診療)



※ 参考様式有り。任意様式も可能とする。

7. 療養費(移送費)

①申請	被保険者
-----	------

②申請受付	市町村
-------	-----

【添付書類の確認】

- (1) 移送を必要とする医師の意見書、支給申請内容書(P.17～P.22)
※移送年月日・方法・経路等の記載確認

- (2) 移送費用の領収書

- (3) 委任状(療養費の受領を委任する場合)

- (4) 診療報酬明細書(レセプト)

【資格等の確認】

- (1) 移送日に資格があるか確認

- (2) 振込先口座の確認

【標準システムへの入力及び申請書の出力】

- ・ 標準システムへ必要事項を入力し、「療養費支給申請書」を出力

【保険料の収納状況報告】

- ・ 保険料の未納がある場合は、納付について相談・調整を行う

③申請書等に記入	被保険者
----------	------

- ・ 公費負担者番号と公費受給者番号を取得している被保険者は申請書にその番号を必ず記入

④申請内容も確認し、標準システムに入力	市町村
---------------------	-----

- ・ 申請内容を標準システムへ入力
- ・ 保険料の未納がある場合は、窓口で納付相談・調整を行う。
- ・ 支給までの流れ(日程等)について被保険者へ説明

⑤原本を広域連合へ送付	市町村
-------------	-----

- ・ 月締めで申請書等を種類ごとに取りまとめる(P.6～P.8参照)
- ・ 翌月初めに広域連合から送付される申請簿と申請書を照合し、誤りがある場合は訂正する
- ・ 申請簿と申請書をファイリングし、申請の翌月10日までに広域連合へ必着となるよう送付

【申請書等のコピーについて】

申請書:控え(写)を保管することを推奨するが保管については、市町村の任意とする
 ※療養費の受領を委任する場合は「申請書及び委任状」の控えを必ず保管する

申請簿:控え(写)を必ず市町村で保管する

⑥申請書等の受付・確認	広域連合
-------------	------

- ・ 申請簿と申請書等を確認し、不備等がある場合は市町村へ照会又は返戻

⑦内容点検(審査)	広域連合
-----------	------

⑧支給決定処理	広域連合
---------	------

- ・ 「支給決定通知書」、「支給却下通知書」を作成し被保険者へ送付する
「支給却下通知書」は、市町村にもDドライブ(フォルダ)で通知する
- ・ 振込みデータを作成し、金融機関へ振り込み依頼

⑨支給	広域連合
-----	------

病気やケガ等で移動が困難な患者が、医師の指示で一時的・緊急的の必要があり、移送された場合は、移送費が療養の給付として支給される

【支給要件】

移送費の支給は、下記要件に該当し、必要と認められた場合に支給

- 移送の目的である療養が、保険診療として適切であること
- 患者が、療養の原因である病気やケガにより移動が困難であること
- 緊急・その他、やむを得ないこと
- ※ 通院に使用した場合は対象にならない
- ※ 転院先への移送に要した費用のみ支給

【支給額】

移送費の額は、最も経済的な通常の経路及び方法により移送された場合の旅費に基づいて算定した範囲での実費

【添付書類】

(1) 「医師の意見書」で下記の記載を確認する

- 病気名及びその原因
- 発病又は負傷年月日
- 移送年月日
- 移送方法
- 移送経路
- 移送を必要と認めた理由
- 付添人を必要とした理由(付添人がいる場合)
- 医療機関名・所在地・医師(印)
- ※ 「医師の意見書」の中に記載がない場合は、それを確認できる書類を添付すること

- (2) 移送の経路が分かるもの(航空券の控え等)※氏名、日時、便名など詳細
- (3) 移送に要した費用の領収書
- (4) 診療報酬明細書(レセプト)※転医前、転医後の両方が必要
- (5) その他、保険者が必要とする資料等

移送に関する医師の意見書

下記の理由により、移送の必要を認めます。

【移送を受けた者】

被保険者氏名(生年月日)	氏名: (年 月 日)
被保険者番号	
住所	
病名及びその原因	
発病又は負傷年月日	
患者の傷病・発病の状態 また、意識の有無の確認	
自力での移動(歩行)が可能な 状態か	1. はい 2. いいえ
転院のための移送か	
移送年月日	
移送方法	
自衛隊機を使用しない理由	
移送の経路	
移送の決定に従った経緯	1. 本人の希望 2. 家族の希望 3. 医師 4. その他()
移送先の医療機関を選んだ理 由	
医療機関では治療が不可能と 思われた理由	
第三者行為(事件・事故)による ものですか	1. はい 2. いいえ

参考様式

付添人の有無 (付添人がいる場合はその氏名 住所をご記入してください)	1. あり (氏名) (住所) 2. なし
付添人を必要とした理由	

上記の内容に嘘、誤りがないことを宣誓します。

令和 年 月 日

医療機関名 _____
 所在地 _____
 電話番号 _____
 医師名 _____

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 様

後期高齢者医療療養費(移送費)支給申請内容書

【申請に係る基礎的内容】

被保険者名(生年月日)	氏 名 : (年 月 日)
被保険者番号	
被保険者住所	
移送及び経路 (移送元から移送先までの 詳細な日時と経路を記入)	
移送元病院から空港までの 移送方法及び移送距離	
空港から移送先病院までの 移送方法及び移送距離	
移送の原因となった傷病名 及び発症年月日	
移送の決定に至った経緯	1. 本人希望 2. 家族の希望 3. 医師の判断 4. その他()
第三者行為(事件・事故等) によるものか	1. はい 2. いいえ
加害者の住所・氏名・連絡 先が判明していれば記入	住 所 : 氏 名 : 電話番号 :
移送時の被保険者の容体 (意識の有無)	
空港内等における被保険 者の移送方法	1. 担 架 2. 車椅子 3. 徒 歩 4. その他 ()
移送の必要性等を認めた 保険医	氏 名 : 病院名 :

付添人(搭乗者)の氏名及び住所	氏 名 : 住 所 :	
自衛隊機を使用しなかった理由		
移送に要した費用額		
内訳		
移送業者	事業名 : 住 所 : 電話番号 : 担当者名 :	
移送先の主治医	氏 名 : 病院名 :	
移送先の入院年月日		
移送先の入院日数		
移送先退院年月日		

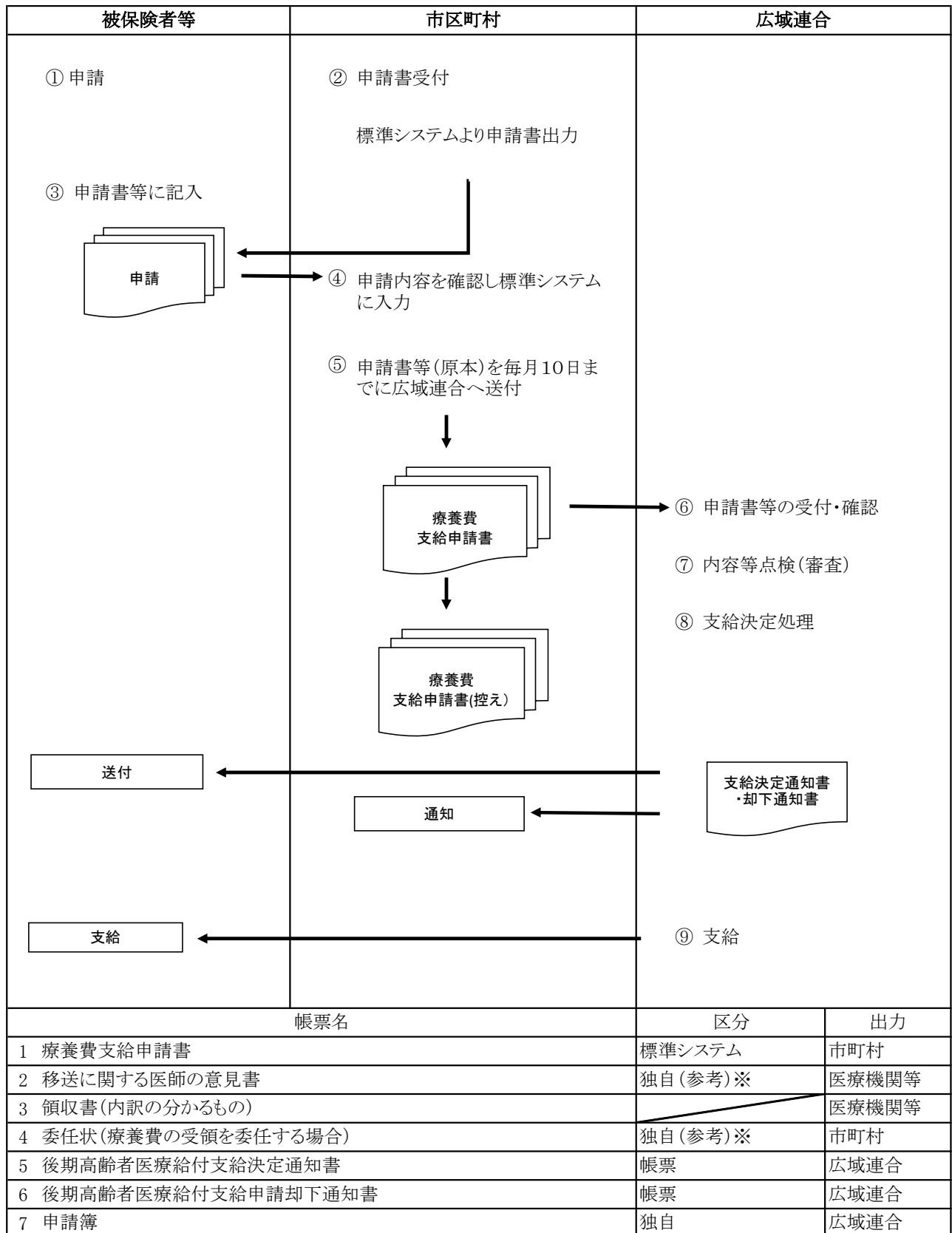
上記の内容に嘘、誤りがないことを宣誓します。
 上記の内容に嘘、誤りが発覚した場合は、療養費支給申請を却下されても不服申し立てしません。

年 月 日

住 所 _____
 氏 名 _____ (印)
 電 話 番 号 _____
 届 出 人 _____

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 様

療養費支給申請(移送費)



※ 参考様式有り。任意様式も可能とする。

8. 療養費(海外療養費)

①申請	被保険者
-----	------

原則として診療を受けた本人が帰国後に行うものとする

※診療目的での渡航でないか必ず確認してください。

②申請受付	市町村
-------	-----

【添付書類の確認】

- (1) 診療内容明細書(FormA) ※診療月、医療機関、外来・入院ごと
- (2) 領収明細書(FormB) ※診療月、医療機関、外来・入院ごと
- (3) 委任状(療養費の受領を委任する場合)
- (4) パスポートの写し(顔写真のページ、当該期間出入国スタンプのページ)
- (5) 領収書(渡航先の医療機関へ支払いしたもの)の原本
- (6) 調査に関わる同意書

【資格等の確認】

- (1) 「診療内容明細書」の診療日に資格があるか確認
- (2) 振込先口座の確認

【保険料の収納状況報告】

- ・ 保険料の未納がある場合は、納付について相談・調整を行う

③申請書等に記入	被保険者
----------	------

- ・ 公費負担者番号と公費受給者番号を取得している被保険者は申請書にその番号を必ず記入

④申請内容を確認し、相談・説明を行う

- ・ 保険料の未納がある場合は、窓口で納付相談・調整を行う
- ・ 支給までの流れ(日程等)について被保険者へ説明
※国保連へ審査を依頼するため日数を要する

※ 海外療養費に関して、システム入力は、広域連合で行うことになりました。

⑤原本を広域連合へ送付	市町村
-------------	-----

- ・ 月締めで申請書等を種類ごとに取りまとめる(P6～P.8参照)
- ・ 翌月初めに広域連合から送付される申請簿と申請書を照合し、誤りがある場合は訂正する
- ・ **申請書を、申請の翌月10日までに広域連合へ必着**となるよう送付

【申請書等のコピーについて】

申請書:控え(写)を保管することを推奨するが保管については、市町村の任意とする
 ※療養費の受領を委任する場合は「申請書及び委任状」の控えを必ず保管する

⑥申請書等の受付・確認	広域連合
-------------	------

- ・ 申請書等を確認し、不備等がある場合は市町村へ照会又は返戻
- ・ **申請内容を標準システムへ入力**
「診療報酬明細書」より診察日に資格があるか確認
- ・ **抽出データと照合確認を行う**

⑦内容点検(審査)	広域連合
-----------	------

⑧支給決定処理	広域連合
---------	------

- ・ 「支給決定通知書」、「支給却下通知書」を作成し被保険者へ送付する
「支給却下通知書」は、市町村にもDドライブ(フォルダ)で通知する
- ・ 振込みデータを作成し、金融機関へ振り込み依頼

⑨支給	広域連合
-----	------

【海外療養費】

海外渡航中に、病気やケガで海外の医療機関で治療を受けた場合、申請により保険の対象となる医療費について、療養費の支給を行う

【海外の医療機関等で治療を受けたとき】

- 受診した海外の医療機関等で、一旦かかった金額の全額を支払う
- 受診した医療機関等から診療内容明細書(FormA)と領収明細書(FormB)をもらう
- ※ 月をまたがって受診した場合は、診療明細書及び領収明細書をそれぞれ、診療月、医療機関、外来・入院ごとに分けて作成してもらう
- ※ 同じ診療年月日でも外来と入院がある場合は、それぞれ分けて1部ずつ作成してもらう
- ※ 医療機関等で各種明細書をもらう際に費用がかかる場合、その費用は申請者の負担となる

【領収明細書】

支払った通貨で記入を依頼する(日本円に換算する必要はない)

【給付対象外の例】

- 心臓や肺などの臓器の移植
- 美容整形など
- ※ 日本国内で保険適用となっていない医療行為は給付の対象にならない

【海外療養費の算出方法】

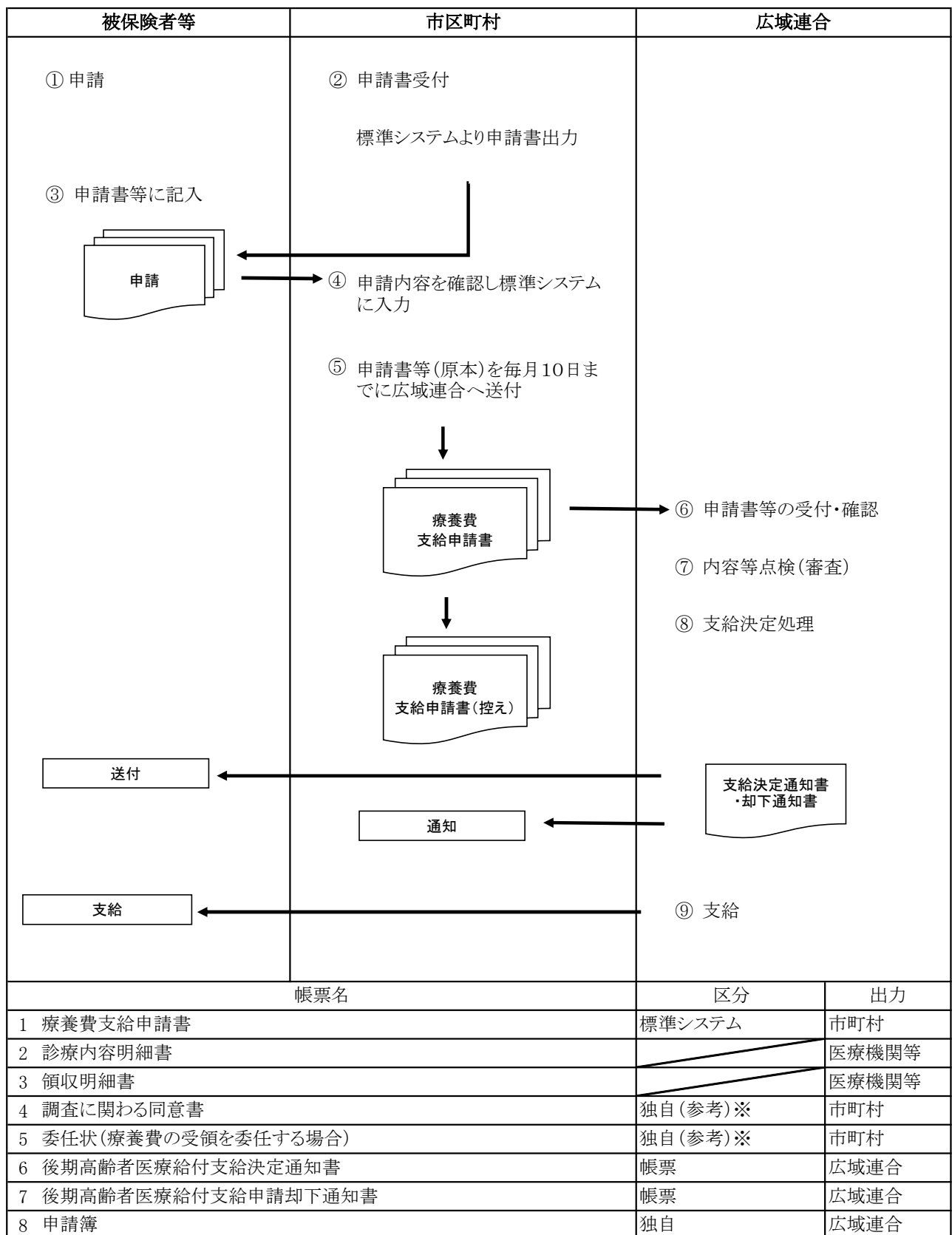
海外療養費の額は、海外で受けた治療を日本の医療機関等で治療した場合に給付される金額を標準として決定した金額(標準額)と、実際に海外で支払った医療費を日本円に換算した金額とを比較して、低い方の金額から被保険者の一部負担金相当額を差し引いた額が支給される(支給算定の際には、支給決定日の外国為替換算率が用いられる)

- ※ 海外で支払った医療費が全部認められるとは限らない

【渡航前には・・・】

海外の場合、国や医療機関等によって医療費の請求金額が大きく異なることがあり、海外で実際に支払った医療費が日本での標準額よりかなり高額な場合は、海外療養費として給付される金額がとても少額になる。必要に応じて渡航前に民間の海外旅行保険への加入を検討されることも勧める

療養費支給申請(海外療養費)



※ 参考様式有り。任意様式も可能とする。

9. 療養費(はり・きゅう、マッサージ)

①申請	被保険者
はり・きゅう、あんま・マッサージについては他の療養費の支給と同様に、被保険者が施術料をいったん全額自己負担し、後に市町村へ申請し一部負担金を除いた額が支給される償還払いを原則としている。 しかし、被保険者の負担軽減等の為、被保険者が施術所や請求代行業者(団体等)に、療養費の請求・受領を委任できる「受領委任」が認められている。 受領委任の申請は、施術所等から国保連合会へ直接申請。 償還払い(市町村へ申請)となる事例 ・受領委任の登録を行っていない施術所で施術を受けた。 ・受領委任の要件を満たさない施術を受けた。 ・被保険者が受領委任を拒否し、全額自己負担で施術を受けた。 例) 医師が往療の必要なしとしている方を、施術所が無い若しくは稼働していない為、往療を行って施術を行う場合 など	

②申請受付	市町村
【添付書類の確認】 (1) 療養費支給申請書(はり・きゅう用)(あんま・マッサージ用)(P.31、P.34参照) ※償還払い用の申請書を確認。受領委任払いの様式でも可能、しかし、施術照明欄に施術を行った方の氏名・免許登録番号の記載が必要。 ※国保様式は、内容が異なるため受け付けできません。 (2) 医師の同意書(はり・きゅう用)(あんま・マッサージ用)(P.32・33、P.35・36参照) ※有効期限 15日以前の場合は5カ月後の末日、16日以降の場合は6か月後の月末まで (3) 領収書(内訳が分かる詳細なものが望ましい)原本 (4) 委任状(療養費の受領を委任する場合) (5) 施術報告書(写し)の添付が必要 (施術報告書交付料が算定される場合) (6) 返戻ふせん(再請求の場合)	

※他の申請と比較して、支給基準が細かく規定されている為、審査項目が多い。詳細は「療養費の支給基準」参照。上記は最低限を記載しており、受付後、記載モレや添付書類不備等のため、被保険者や施術者に修正依頼、内容によっては返戻となる場合があることがある。 または、申請書は施術者が知らない個人情報記載されているものがあり、注意!!

【資格等の確認】

- (1) 「療養費支給申請書(はり・きゅう用)(あんま・マッサージ用)」の施術日に資格があるか確認する
- (2) 施術師等に受領委任をしているか、すでに標準システムに登録があり支払われていないか
- (2) 振込先口座の確認

【標準システムへの入力及び申請書の出力】

- ・ 標準システムへ必要事項を入力し、「療養費支給申請書」を出力

【保険料の収納状況報告】

- ・ 保険料の未納がある場合は、納付について相談・調整を行う

③申請書等に記入	被保険者
----------	------

- ・ 公費負担者番号と公費受給者番号を取得している被保険者は申請書にその番号を必ず記入

④申請内容も確認し、標準システムに入力	市町村
---------------------	-----

- ・ 申請内容を標準システムへ入力
- ・ 保険料の未納がある場合は、窓口で納付相談・調整を行う。
- ・ 支給までの流れ(日程等)について被保険者へ説明

⑤原本を広域連合へ送付	市町村
-------------	-----

- ・ 月締めで申請書等を種類ごとに取りまとめる(P6～P.8参照)
- ・ 翌月初めに広域連合から送付される申請簿と申請書を照合し、誤りがある場合は訂正する
- ・ 申請簿と申請書をファイリングし、申請の翌月10日までに広域連合へ必着となるよう送付

【申請書等のコピーについて】

申請書:控え(写)を保管することを推奨するが保管については、市町村の任意とする
 ※療養費の受領を委任する場合は「申請書及び委任状」の控えを必ず保管する

申請簿:控え(写)を必ず市町村で保管する

⑥申請書等の受付・確認	広域連合
-------------	------

- ・ 申請簿と申請書等を確認し、不備等がある場合は市町村へ照会又は返戻

⑦内容点検(審査)	広域連合
-----------	------

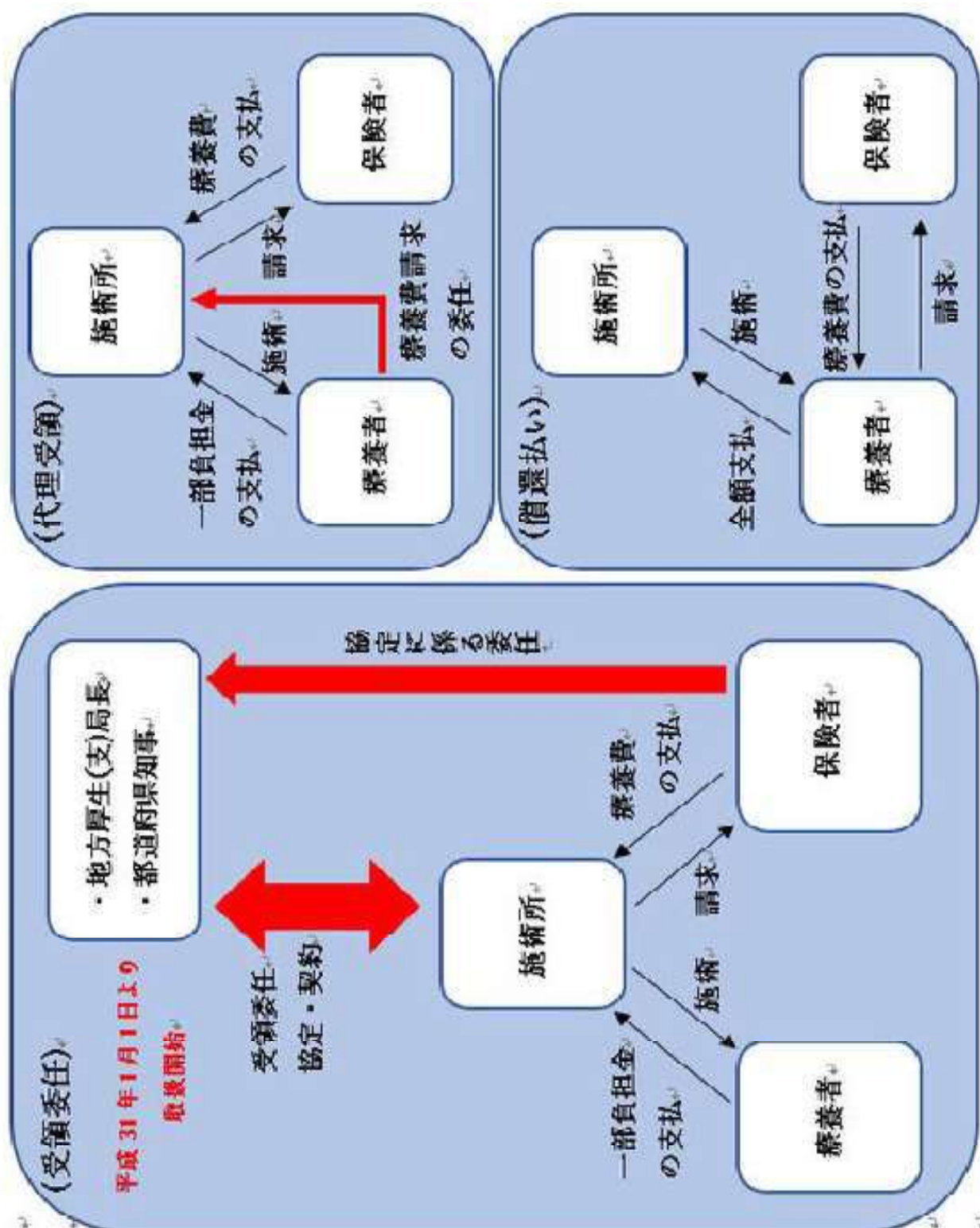
- ・ 必要がある場合は、被保険者または施術者に対し、内容の照会や必要書類の提出を依頼する。

⑧支給決定処理	広域連合
---------	------

- ・ 「支給決定通知書」、「支給却下通知書」を作成し被保険者へ送付する
 「支給却下通知書」は、市町村にもDドライブ(フォルダ)で通知する
- ・ 振込みデータを作成し、金融機関へ振り込み依頼

⑨支給	広域連合
-----	------

□図(受領委任・償還払い・代理受領の違いについて)



※国保様式は、内容が異なる為受け付けできません。

療養費支給申請書（ 年 月施術分）（はり・きゅう用）

被 保 険 者 欄	保 険 者 番 号								○ 発 病 又 は 負 傷 年 月 日		○ 傷 病 名																					
	被 保 険 者 番 号								年 月 日																							
	療 養 費 受 け 取 手 氏 名	(フリガナ)								○ 発 症 又 は 負 傷 の 原 因 お よ び そ の 経 過																						
		1. 男 2. 女								○ 業 務 上 ・ 外 、 第 三 者 行 為 の 有 無																						
		明・大・昭 年 月 日 生								1. 業 務 上 2. 第 三 者 行 為 で あ る 3. そ の 他																						
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日				施 術 期 間						実 日 数		請 求 区 分																			
	年 月 日				自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日						日		新 規 ・ 継 続																			
	傷 病 名 1. 神 経 痛 2. リウマチ 3. 頸 腕 症 候 群 4. 五 十 肩 5. 腰 痛 症 6. 頸 椎 捻 挫 後 遺 症 7. そ の 他 ()												転 帰																			
													継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医																			
	初 検 料	1. はり 2. はり（電気鍼併用） 3. はりきゅう併用 円													摘 要																	
	施 術 料	はり						円×		回＝		円																				
		きゅう						円×		回＝		円																				
		はり・きゅう併用						円×		回＝		円																				
		電療料 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具						円×		回＝		円																				
	往 療 料 4kmまで						円×		回＝		円																					
	往 療 料 4km超						円×		回＝		円																					
	施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)						円×		回＝		円																					
	費 用 額 計										円																					
	一 部 負 担 金 (1 割 ・ 3 割)										円																					
請 求 額										円																						
施 術 日 通 院○ 往 療○	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																														
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。										保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地																			
	令和 年 月 日										住 所																					
	免許登録番号 _____ は り 師 氏 名 _____ 電話 _____ 免許登録番号 _____ き ゅ う 師																															
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 〒 - 令和 年 月 日										住 所																					
	沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿 (被保険者) 氏 名 _____ 電話 _____																															
支 払 機 関 欄	支払区分 1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当 地 払				預金の種 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段				金融機関名				銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所																			
	口座名義(カタカナ)								口座番号				郵便局																			
同 意 記 録	同意医師の氏名				住 所				同意年月日				傷 病 名				要加療期間															
									令和 年 月 日																							
委 任 欄	本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日																															
	被保険者																住所 氏名 _____															
	代理人																住所 氏名 _____															

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

同意書 (はり及びきゅう療養費用)

[illegible]

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意書を交付する必要があります。

保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

・内容については、保険者より問い合わせをさせていただくことがございます。

同意書の交付について

○同意書交付の留意点

- 1 患者がはり、きゅうの施術を受け、その施術について、療養費の支給を受けるためには、あらかじめ保険医が、当該疾病について診察の上で同意をし、当該同意書を患者へ交付する必要があります。
- 2 はり・きゅうの療養費の支給対象となる疾病は、慢性病（慢性的な疼痛を主訴とする疼痛）であって保険医による適当な治療手段のないものです。具体的には、
 - ア 神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症について、保険医より同意書の交付を受けて施術を受けた場合は、保険者は保険医による適当な治療手段のないものとし療養費の支給対象として差し支えないものとされています。（「病名」欄1～6）
 - イ ア以外の疾病による同意書が提出された場合は、記載内容等から保険医による適当な治療手段のないものであるか支給要件を保険者が個別に判断し、支給の適否が決定されます。
 - ウ ア及びイの疾病については、慢性期に至らないものであっても差し支えないものとされています。
- 3 同意する疾病について、処置や投薬等の治療（ただし、同意書の交付に必要な診察・検査及び療養費同意書交付は除く。）を行う場合には、治療が優先されるため、患者ははり、きゅうの療養費の支給を受けることができません。
- 4 来院した患者から同意書の発行の依頼があった場合、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。

※ これにより同意書の交付を行う場合、同意した保険医は、はり、きゅうの施術結果に対して責任を負うものではありません。また、無診察同意を禁じた保険医療機関及び保険医療養担当規則第17条の「保険医は（中略）同意を与えてはならない。」に違反するものではありません。なお、同意書の交付は、初診であっても治療の先行（一定期間の治療の有無）が要件ではありません。
- 5 はり、きゅうの施術に当たって注意すべき事項や要加療期間等がある場合には、「注意事項等」欄に記載するようお願いします。

○再同意（貴院において「初回の同意」の場合を含む。）の留意点

- 6 保険医から同意書の交付を受け、はり、きゅうの施術を受けている患者が、6ヶ月を超えて引き続きはり、きゅうを受けようとする場合、再度、保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
- 7 上記6の再同意に当たり、患者がはり師、きゅう師の作成した施術報告書を持参している場合（又ははり師、きゅう師が患者に代わり施術報告書を事前に貴院に送付している場合）は、施術報告書の内容をご確認願います。
- 8 上記6の再同意に当たっても、患者を診察し、患者の同意書を交付するようお願いします。

※ この同意書は、「はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について」（平成16年10月1日付保医発第1001002号）に基づくものです。療養費の支給決定は、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律により保険者（後期高齢者医療広域連合を含む。）が行うとされていますが、療養費の支給は療養の給付の補完的役割を果たすものであり、保険者ごとにその取扱いに差異が生じないよう、取扱い指針としての支給基準等を厚生労働省が通知等により定めております。

療養費支給申請書（令和 年 月施術分）

（あんま・マッサージ用）

被 保 険 者 欄	保 険 者 番 号									○ 発 病 又 は 負 傷 年 月 日		○ 傷 病 名																				
	被 保 険 者 番 号									年 月 日																						
	療 養 受 け た 者 氏 名	(フリガナ)								続 柄	○ 発 症 又 は 負 傷 の 原 因 お よ び そ の 経 過																					
											1. 男 2. 女	○ 業 務 上 ・ 外 、 第 三 者 行 為 の 有 無																				
		明・大・昭	年 月 日 生							1. 業 務 上 2. 第 三 者 行 為 で あ る 3. そ の 他																						
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間										実 日 数		請 求 区 分																	
	年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日										日		新 規 ・ 継 続																	
	傷 病 名 又 は 症 状														転 帰																	
															継続・治癒・中止・転医																	
	マ ッ サ ー ジ		軀 幹		円×		回＝		円		摘 要																					
			右上肢		円×		回＝		円																							
			左上肢		円×		回＝		円																							
			右下肢		円×		回＝		円																							
			左下肢		円×		回＝		円																							
	温 電 法 (加 算)		円×		回＝		円																									
	温 電 法 ・ 電 気 光 線 器 具 (加 算)		円×		回＝		円																									
	変 形 徒 手 矯 正 術 (加 算)		右上肢		円×		回＝		円																							
			左上肢		円×		回＝		円																							
			右下肢		円×		回＝		円																							
			左下肢		円×		回＝		円																							
往 療 料 4km まで		円×		回＝		円																										
往 療 料 4km 超		円×		回＝		円																										
施 術 報 告 書 交 付 料 (前 回 支 給 : 年 月 分)		円×		回＝		円																										
合 計		円																														
一 部 負 担 金 (1 割 ・ 3 割)		円																														
請 求 額		円																														
施 術 日 通 院 ○ 往 療 ◎	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																														
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。										保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地																			
	令和 年 月 日										住 所																					
	免許登録番号										あん摩マッサージ指圧師		氏 名		電 話																	
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。										〒		-																			
	令和 年 月 日										住 所																					
	沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿										申 請 者 (被 保 険 者)		氏 名		電 話																	
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種		金融機関名		銀行		本店																							
	1. 振 込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座				金庫		支店																							
	3. 郵便局送金 4. 当 地 払		3. 通知 4. 別段				農協		出張所																							
	口座名義(カタカナ)									口座 番 号				郵便局																		
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所							同意年月日		傷 病 名		要加療期間																		
										平成 年 月 日																						
委 任 欄	本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。																															
	令和 年 月 日																															
	被保険者																住所 氏名															
	代理人																住所 氏名															

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

同意書

(あん摩マッサージ指圧療養費用)

患 者 (必 須)	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日
傷 病 名 (必 須)		
発 病 年 月 日 (必 須)	昭和・平成・令和 年 月 日	
同 意 区 分 (必 須)	初回の同意 ・ 再同意 (○をつけて下さい。)	
診 察 日 (必 須)	令和 年 月 日	
症 状 (必 須)	筋 麻 痺 筋 委 縮	(筋麻痺又は筋委縮のある部位について○をつけてください。) 軀 幹 ・ 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢
	関 節 拘 縮	(関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい。) 右肩・右肘・右手首・右股関節・右膝・右足首 その他 左肩・左肘・左手首・左股関節・左膝・左足首 ()
	そ の 他	(筋麻痺、筋委縮又は関節拘縮のある部位以外に施術を必要とする場合に記載下さい)
施術の種類 施術部位	1. マッサージ	軀 幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢
	2. 変形徒手矯正術	右上肢 左上肢 右下肢 左下肢
往療の必要性 (必須)	1. 必要とする 2. 必要としない	
	往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 () 分かれば記載下さい。 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出が困難 2. 認知症や資格、内部、精神障害などにより単独での外出が困難 3. その他 () ※往療は真に安静を必要とするやむを得ない理由 (移動することで症状悪化となるなど) がある場合等が該当となります。	
注 意 事 項 等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい (任意)	
上記の者については、診察の結果、頭書の疾病により療養のための医療上の「マッサージ」が必要と認めマッサージの施術に同意する。なお、施術にあつての「往療」の必要性については、上記のとおりです。 令和 年 月 日 保 険 医 療 機 関 名 称 所 在 地 保 険 医 氏 名		

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意書を交付する必要があります。(裏面参照)

保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

・内容については、保険者より問い合わせをさせていただくことがあります。

同意書の交付について

○同意書交付の留意点

- 1 患者があん摩マッサージ指圧の施術を受け、その施術について、療養費の支給を受けるためには、あらかじめ保険医が、当該疾病について診察の上で同意をし、当該同意書を患者へ交付する必要があります。
- 2 あん摩マッサージ指圧の療養費の支給対象となる適応症は、一律にその診断名によることなく筋麻痺・筋萎縮・関節拘縮等、医療上マッサージ又は変形徒手矯正術を必要とする症例です。
- 3 貴院にて患者に治療を行う場合であっても、患者に同一疾病の同意書を交付することは可能ですが、同一疾病の場合、貴院での治療が優先されるため、貴院にて患者の医療上のマッサージを行う日に患者があん摩マッサージ指圧の療養費の支給を受けることはできません。
- 4 来院した患者から同意書の発行の依頼があった場合、患者を診察し、患者に同意書を交付するようお願いします。

※ これにより同意書の交付を行う場合、同意した保険医は、あん摩マッサージ指圧の施術結果に対して責任を負うものではありません。また、無診察同意を禁じた保険医療機関及び保険医療養担当規則第17条の「保険医は（中略）同意を与えてはならない。」に違反するものではありません。なお、同意書の交付は、初診であっても治療の先行が条件とはなりません。

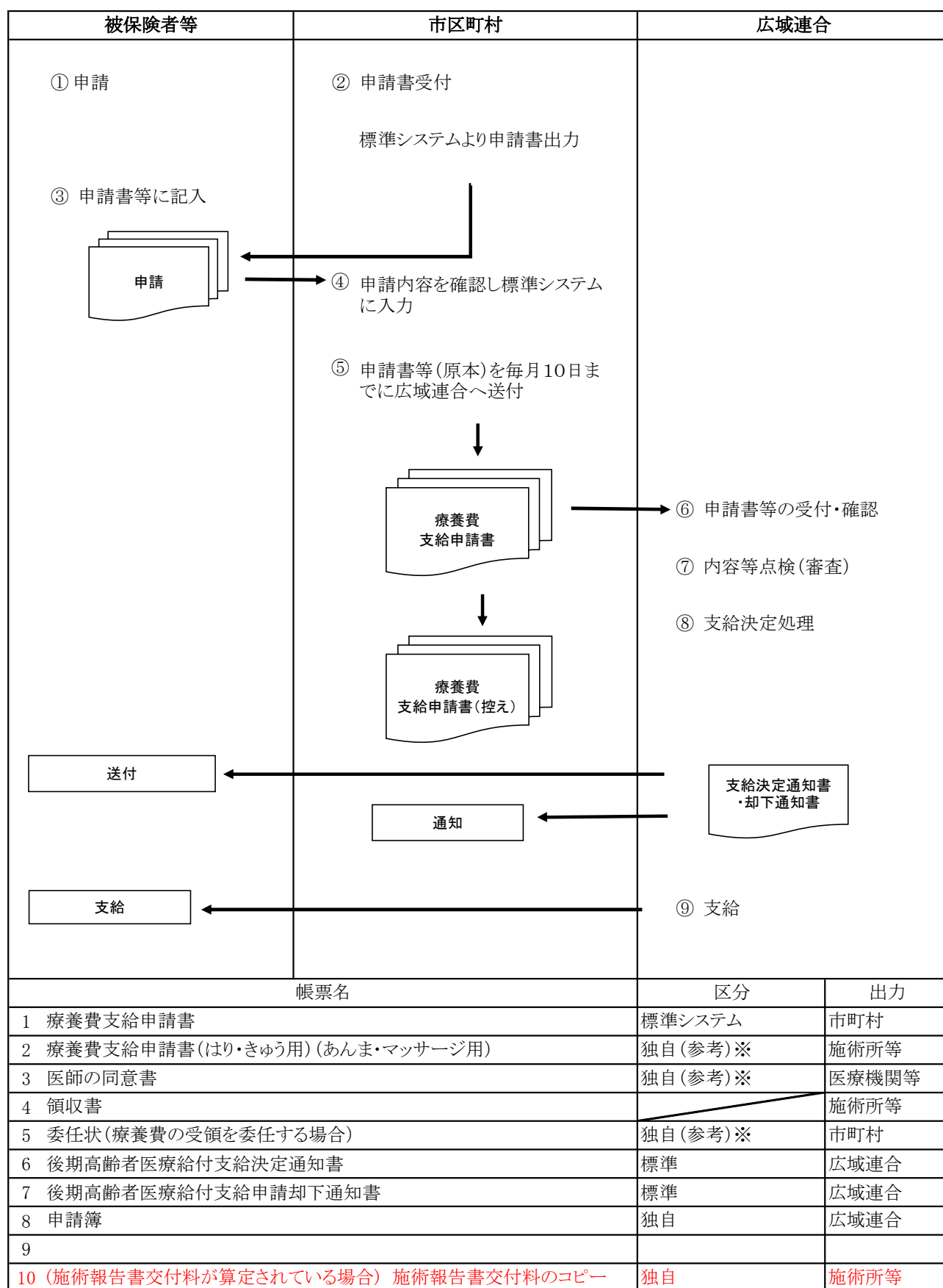
- 5 「症状」欄の3段目の「その他」欄は、1段目又は2段目の筋麻痺・筋萎縮・関節拘縮以外の医療上マッサージを必要とする症状がある場合、当該症状と該当する部位（部位が特定できる場合）を記載してください。また、「症状」欄の部位と「施術の種類・施術部位」欄の部位が異なり、「症状」欄の部位以外への施術が必要な場合には、「その他」欄にその施術が必要な理由を記載してください。
- 6 あん摩マッサージ指圧の施術に当たって注意すべき事項や要加療期間等がある場合には、「注意事項等」欄に記載するようお願いします。

○再同意（貴院において「初回の同意」の場合を含む。）の留意点

- 7 保険医から同意書の交付を受け、あん摩マッサージ指圧の施術を受けている患者が、6ヶ月を超えて引き続きマッサージを受けようとする場合又は1ヵ月を超えて引き続き変形徒手矯正術を受けようとする場合、再度、保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
- 8 上記7の再同意に当たり、患者があん摩マッサージ指圧師の作成した施術報告書を持参している場合（又はあん摩マッサージ指圧師が患者に代わり施術報告書を事前に貴院に送付している場合）は、施術報告書の内容をご確認願います。
- 9 上記7の再同意に当たっても、患者を診察し、患者の同意書を交付するようお願いします。

※ この同意書は、「はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項等について」（平成16年10月1日付保医発第1001002号）に基づくものです。療養費の支給決定は、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律により保険者（後期高齢者医療広域連合を含む。）が行うとされておりますが、療養費の支給は療養の給付の補完的役割を果たすものであり、保険者ごとにその取扱いに差異が生じないように、取扱い指針としての支給基準等を厚生労働省が通知等により定めております。

療養費支給申請(はり・きゅう等)



※ 参考様式有り。任意様式も可能とする。

10. 食事療養費差額支給

①申請	被保険者
-----	------

②申請受付	市町村
-------	-----

【添付書類の確認】

- (1) 領収書(食事標準負担額、入院期間が確認できるもの。レシート不可)
- (2) 委任状(療養費の受領を委任する場合)

【資格等の確認】

- (1) 長期申請の日付、限度額証の発行、区分等の確認
- (2) 「領収書」等で入院期間に資格があるか確認
- (3) 振込先口座の確認

【標準システムへの入力及び申請書の出力】

- ・ 標準システムへ必要事項を入力し、「食事療養費差額申請書」を出力

【保険料の収納状況報告】

- ・ 保険料の未納がある場合は、納付について相談・調整を行う

③申請書等に記入・押印	被保険者
-------------	------

- ・ 公費負担者番号と公費受給者番号を取得している被保険者は申請書にその番号を必ず記入

④申請内容も確認し、標準システムに入力	市町村
---------------------	-----

- ・ 申請内容を標準システムへ入力
- ・ 保険料の未納がある場合は、窓口で納付相談・調整を行う。
- ・ 支給までの流れ(日程等)について被保険者へ説明

⑤原本を広域連合へ送付	市町村
-------------	-----

- ・ 月締めで申請書等を種類ごとに取りまとめる(P6～P.8参照)
- ・ 翌月初めに広域連合から送付される申請簿と申請書を照合し、誤りがある場合は訂正する
- ・ 申請簿と申請書をファイリングし、申請の翌月10日までに広域連合へ必着となるよう送付

【申請書等のコピーについて】

申請書:控え(写)を保管することを推奨するが保管については、市町村の任意とする
※療養費の受領を委任する場合は「申請書及び委任状」の控えを必ず
保管する

申請簿:控え(写)を必ず市町村で保管する

⑥申請書等の受付・確認	広域連合
-------------	------

- ・ 申請簿と申請書等を確認し、不備等がある場合は市町村へ照会又は返戻

⑦内容点検(審査)	広域連合
-----------	------

⑧支給決定処理	広域連合
---------	------

- ・ 「支給決定通知書」、「支給却下通知書」を作成し被保険者へ送付する
「支給却下通知書」は、市町村にもDドライブ(フォルダ)で通知する
- ・ 振込みデータを作成し、金融機関へ振り込み依頼

⑨支給	広域連合
-----	------

【支給対象】

- ① 医療を受けたとき、非課税世帯の人
 - ② 長期入院申請をした月の該当分(長期入院の適用は長期入院申請をした月の翌月の初日からからの認定となるため、申請月の該当分は差額支給)
 - ③ 減額されなかったことについて、やむを得ない理由がある場合
- ※ 制度を知らなかった「限度額適用・標準負担額減額認定証」の医療期間に揭示忘れ等の理由は対象とならない

標準負担額差額支給の例

③の事例

- (例1) 一人暮らしで緊急入院したため、退院後に限度額適用・標準負担額減額認定申請があった場合

【区分;低Ⅱ】



減額認定日 : 12/1(申請した月の初日)
長期該当日 : 1/1(長期入院を申請した月の翌月初日)
差額支給 9/1~11/29 1食あたり 360円→210円
11/30~12/7 1食あたり 210円→160円

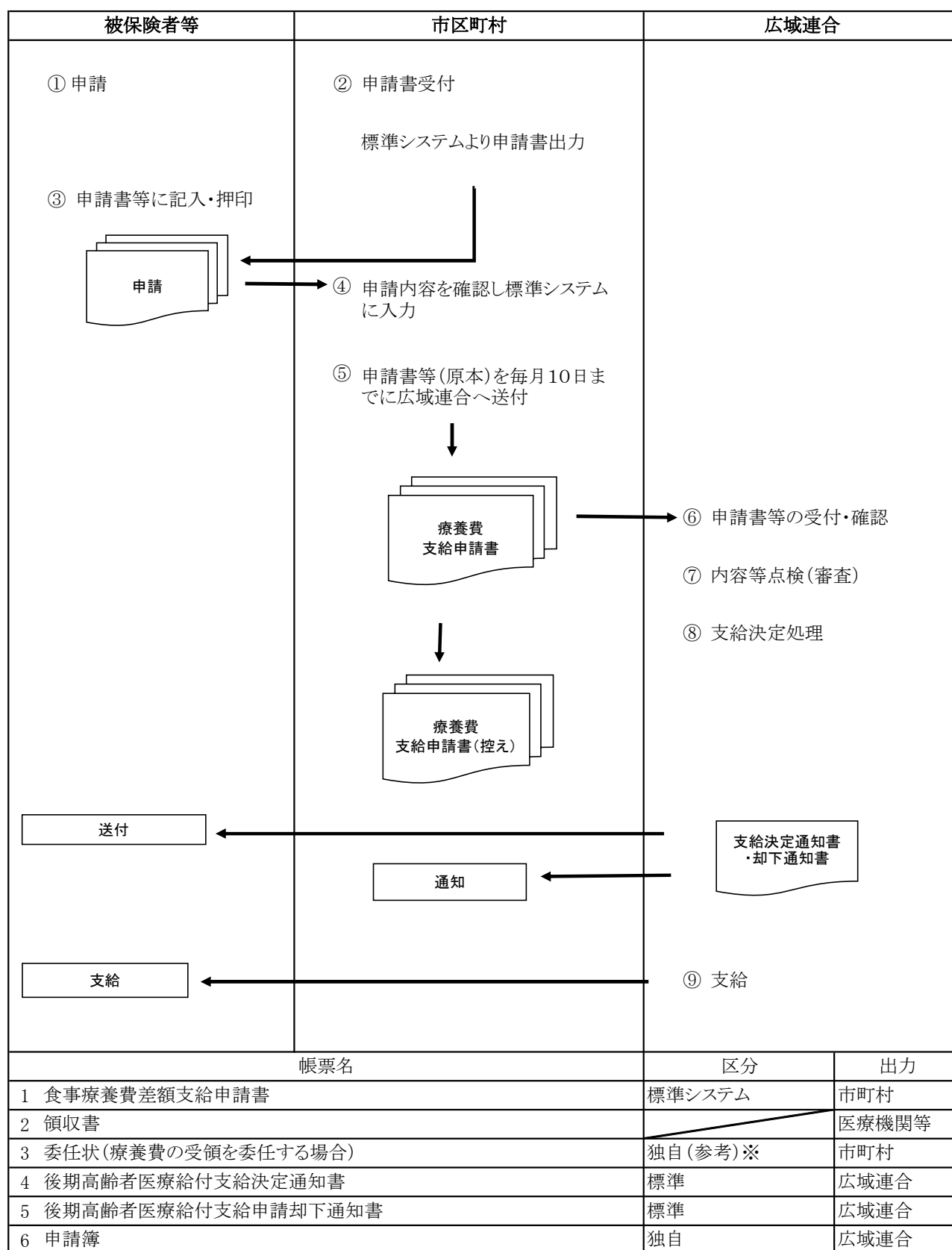
②の事例

- (例2) 限度額適用・標準負担額減額認定証(低Ⅱ)をもって「おり、入院中に長期該当となり、該当月中に長期該当申請があった場合



減額認定日 : 8/1
長期該当日 : 2/1(長期入院を申請した月の翌月初日)
差額支給 1/9~1/31 1食あたり 210円→160円

療養費差額支給申請



※ 参考様式有り。任意様式も可能とする。

11.葬祭費

①申請	葬祭執行者
-----	-------

被保険者が死亡したときは、その者の葬祭を行う者に対し、葬祭費として、2万円を支給する。
申請者は葬祭執行者であることとし、次の書類で確認する。

【申請に必要なもの】

- (1) 葬祭を執り行った事実が分かる書類
葬儀費用の領収書等、その他、葬祭執行者(喪主や支払った者等)であることが分かるもの
- (2) 葬祭日が確認できる書類
- (3) 振込先口座が分かるもの
- (4) 委任状(葬祭費の受領を委任する場合)

②申請受付	市町村
-------	-----

- (1) 被保険者の死亡事実の確認(住基台帳、死亡届、埋火葬許可証等)
- (2) ①の【申請に必要なもの】(1)～(4)の書類を確認する。
(遺族からの問い合わせに対応するため、確認した書類の控えの保管を推奨する)
- (3) 死亡の原因の確認
(交通事故等で第三者行為に該当する場合は傷病原因届書の提出を促す)

【標準システムへの入力及び申請書の出力】

- ・ 標準システムへ必要事項を入力し、「葬祭費支給申請書」を出力

③申請書等に記入	葬祭執行者
----------	-------

④申請内容も確認し、標準システムに入力	市町村
---------------------	-----

- ・ 申請内容を標準システムへ入力
- ・ 保険料の未納がある場合は、窓口で納付相談・調整を行う。
- ・ 支給までの流れ(日程等)について説明する。

⑤原本を広域連合へ送付	市町村
-------------	-----

- ・ 月締めで申請書等を取りまとめる。
- ・ 翌月初めに広域連合から送付される申請簿と申請書を照合し、誤りがある場合は訂正する。
- ・ 申請簿と申請書をファイリングし、申請の翌月10日までに広域連合へ必着となるよう送付

【申請書等のコピーについて】

申請書:控え(写)を保管することを推奨するが保管については、市町村の任意とする。
 ※葬祭費の受領を委任する場合は「申請書及び委任状」の控えを必ず保管する。

申請簿:控え(写)を必ず市町村で保管する。

⑥申請書等の受付・確認	広域連合
-------------	------

- ・ 申請簿と申請書等を確認し、不備等がある場合は市町村へ照会又は返戻

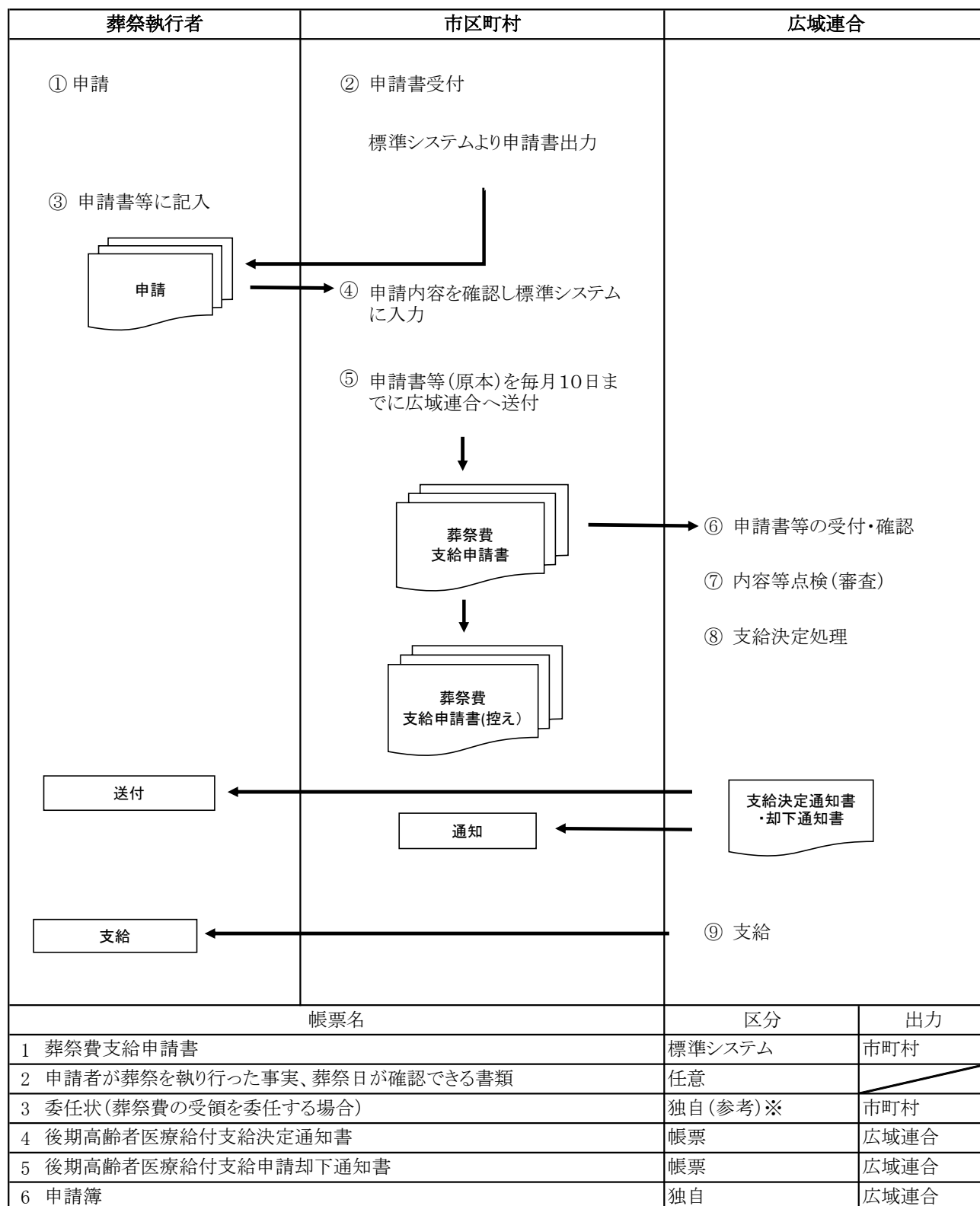
⑦内容点検(審査)	広域連合
-----------	------

⑧支給決定処理	広域連合
---------	------

- ・ 「支給決定通知書」を作成し申請人または、届出人へ送付する。
- ・ 振込みデータを作成し、金融機関へ振り込み依頼

⑨支給	広域連合
-----	------

葬祭費支給申請



※ 参考様式有り。任意様式も可能とする。

12. 高額介護合算療養費

①申請	被保険者
-----	------

高額介護合算療養費制度とは、医療保険と介護保険における1年間(毎年8月1日～翌年7月31日)の医療保険と介護保険の自己負担の合算額が高額な場合に、自己負担を軽減する制度。

1年間(8月1日～翌年7月31日)の医療データと介護データを基に、仮算定(10月～翌年1月)を行い、支給対象の世帯にのみ、申請の勧奨通知(ハガキ)を一斉に発送(2月中旬)する。

この支給対象世帯や勧奨通知に記載のある金額等は、あくまで仮算定なので確定ではない。被保険者が申請後、最新の資格情報・医療データ・介護データ・自己負担額証明書(国保・その他保険者)等を基に算定を行い支給を決定する。

よって、仮算定時に支給対象であった世帯が、最新の情報で算定すると、支給額の減額や不支給となる場合もある。また、その逆も有り得る。その要因として次の事項が挙げられる。

- ・遡って負担区分の変更(所得更正など)
- ・遡って世帯状況の変更(世帯員の増減、世帯分離・合併など)

高額介護合算療養費は仕組みが複雑で様々なケースがあり、その都度、必要書類や標準システムの入力方法が異なり、システム上のエラーも頻繁に発生する。ここでは、基本的な処理のみ記述する。

②申請受付	市町村
-------	-----

【添付書類等の確認】

- (1) 「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)」(勧奨通知(ハガキ))
- (2) 被保険者証(後期高齢者医療・介護保険)
- (3) 預金通帳(口座振込をする通帳)
- (4) 自己負担額証明書(1年間(8月1日～翌年7月31日)に保険者の変更等があった場合)
- (5) 身元を確認するためのもの(個人番号カード又は通知カードと運転免許証等)

※ 次の事項を確認してください。

- ・ 世帯に対象者が複数人いる場合は、(2)～(5)の書類等がそれぞれ必要になります。
- ・ (1)のハガキを持ってない場合でも、標準システムから支給対象者であるか確認して申請を受け付けてください。(P.47、P.48参照)

【資格等の確認】

- (1) 介護合算計算基準日(7/31)に沖縄県後期高齢者広域連合の被保険者であるか(資格があるか)を確認する
- (2) 振込先口座の確認

【申請書の出力】

- ・ 他の申請と異なり、標準システム内容入力後に、申請書の出力が可能。
- ・ 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を使用(P.47参照)

【保険料の収納状況報告】

- ・ 保険料の未納がある場合は、納付について相談・調整を行う

③申請書等に記入・押印	被保険者
-------------	------

- ・ 自己負担額証明書を持参の場合は、「国民健康保険資格情報」または、「保険者加入暦」の欄も記入する。

④申請内容を確認し、標準システムへ入力	市町村
---------------------	-----

- ・ 申請内容を標準システムへ入力
- ・ 保険料の未納がある場合は、窓口で納付相談・調整を行う。
- ・ 支給までの流れ(日程等)について被保険者へ説明
(申請した(システム入力)月を含む、3月目の26日支給:例 2/28入力⇒4/26支給)

⑤原本を広域連合へ送付	市町村
-------------	-----

- ・ 月締めで申請書等を種類ごとに取りまとめる(P6～P.8参照)
- ・ 翌月初めに広域連合から送付される申請簿と申請書を照合し、誤りがある場合は訂正する **※訂正可能な期間が、他の申請と異なるので注意すること!!**
- ・ 申請簿と申請書をファイリングし、**申請の翌月10日までに広域連合へ必着**となるよう送付

【申請書等のコピーについて】

申請書:控え(写)を保管することを推奨するが保管については、市町村の任意とする
 ※療養費の受領を委任する場合は「申請書及び委任状」の控えを必ず保管する

申請簿:控え(写)を必ず市町村で保管する

⑥申請書等の受付・確認	広域連合
-------------	------

- ・ 申請簿と申請書等を確認し、不備等がある場合は市町村へ照会又は訂正依頼

⑦内容点検(審査)	広域連合
-----------	------

⑧支給決定処理	広域連合
---------	------

- ・ 「支給決定通知書」、「不支給決定通知書」を作成し被保険者へ送付する
「不支給決定通知書」は、市町村にもDドライブ(フォルダ)で通知する
- ・ 世帯合算で、医療・介護それぞれの自己負担額に応じて、按分して支給するので、医療分(または介護分)の個人支給が0円になる場合がある。 **医療分が0円で介護分に支給がある場合であっても、標準システム上では不支給の扱いとなり、不支給決定通知書が出力される。**
- ・ 振込みデータを作成し、金融機関へ振り込み依頼

⑨支給	広域連合
-----	------

高額介護合算の受付等の注意点

① 計算基準日について

通常は7月31日であるが、死亡等により資格喪失の場合は死亡日(資格喪失の前日)が基準日になります。

② 口座登録について

- ・他の給付同様、家族等その他の口座へ希望する場合、委任状等が必要。
- ・使用可能口座は1つとし、受付・入力時過去使用していた口座は、停止してください。
- ※ 複数使用可能な状態の場合、希望していない方へ振り込まれることがあります。

③ 自己負担額証明書について

計算期間中(8月1日～翌年7月31日)に、年齢到達による保険者の変更や他の広域連合から転入者等については、**申請書下の欄「②自己負担額証明書の交付を依頼します。」が○で囲まれていた場合、市町村より変更前の医療・介護両方の保険者へ自己負担額証明書の交付依頼を受け、システムへ入力してください。**

④ 口座の名義人(カナ)に入力する際、**濁音は下記のように1字で入力してください。**
介護(国保連)側でデータの取込みができないので、エラーになってしまい支給月が延びます。

●
正)ガ(1字)

●●
誤)カ` (2字)

⑤ システムでの仮算定について、世帯で後期医療・介護サービスの合算で表示されていますが、中には非該当(不支給)の方も含まれます。申請は受付けても構いません。

※注意 医療分が0円であっても、介護分に支給がある場合は、申請が必要です。
支給対象か確認のうえ必ず受け付けてください。(P.43参照)
・支給額が0円の場合、「不支給決定通知」が送付されます。

⑥ すでに本人が死亡し、約定書により法定相続人が高額介護合算療養費の支給を受ける場合は、すでに高額療養費等で、別の法定相続人の約定書を受付けてないか確認してください。

⑦ 計算期間中、世帯員で死亡者がいる場合、仮算定のデータが、世帯員で計算期間が異なるため、生存者用の8月から7月までのものと、死亡者用の死亡日までのものの2つできる。
支給金額がある方(両方の場合は、両方) 受付が必要。 紙は、1人について1枚で可。

https://ok3kwb001.ok3-kouiki.local/ - KD405240:高額介護合算療養費等支給額計算結果照会 - Internet Explorer

39472014 那覇市

高額介護合算療養費等支給額計算結果照会

計算結果情報						
対象者氏名(カナ)	対象者氏名(漢字)	性別	女	生年月日		
支給申請書整理番号	自己負担額証明書整理番号	計算履歴通番	1	計算対象期間	令和02年08月01日～令和03年07月31日	
保険制度	後期	保険者番号	39470000			
被保険者証記号	被保険者番号	再計算実施の有無				

所得区分	所得区分(70歳以上)	世帯負担総額	介護等合算一部負担金等世帯合算額	70歳以上合算一部負担金等世帯合算額
介護等合算算定基準額	70歳以上介護等合算算定基準額	世帯支給総額	世帯支給総額(うち70歳以上分)	按分後の支給額
560,000 (2)	0	120,833 (3)	680,833 (1)	0
				按分後の支給額(うち70歳以上分)
				0

計算結果の内訳

No	保険制度	保険者番号	被保険者証記号	被保険者番号	保険者名	自己負担額証明書整理番号
	対象者氏名(漢字)	①70歳以上負担額	②70歳以上按分率	③①に係る支給額	備考欄記載の70歳以上負担額	
	④70歳未満負担額	⑤負担額	⑥按分率	⑦支給額	⑧③+⑦	備考欄記載の70歳未満負担額
1	後期	39470000			沖縄県後期高齢者医療広域連合	
	Aさん(医療)	0	9999999 / 9999999	0	0 (4)	0
	0	0	0 / 680833	0	0	0
2	後期	39470000			沖縄県後期高齢者医療広域連合	
	Bさん(医療)	0	9999999 / 9999999	27,301	27,301 (5)	0
	0	153,823	153823 / 680833	27,301	27,301	0
3	介護	472019			那覇市	
	Aさん(介護)	0	9999999 / 9999999	0	0	0
	0	155,718	155718 / 680833	27,636	27,636 (6)	0
4	介護	472019			那覇市	
	Bさん(介護)	0	9999999 / 9999999	0	0	0
	0	371,292	371292 / 680833	65,896	65,896 (7)	0

連絡先情報

連絡先名称1	名称2	通知年月日

戻る 印刷

※上記の画面は、標準システムの【支給サブメニュー】⇒【計算結果登録】⇒【照会】で確認することができます。

AさんとBさんの2人世帯（那覇市）

Aさんの医療と介護、Bさんの医療と介護、合計4つの計算結果の内訳を確認することができます。

- (1)：世帯の自己負担額（年間合算） 680,833円
 (2)：世帯の介護等合算基準額（年間自己負担限度額） 560,000円
 (3)：世帯の支給額【(3)=(1)-(2)】 120,833円

(3)の世帯の支給額を、Aさんの医療と介護、Bさんの医療と介護、それぞれの自己負担額に応じて、按分して支給する。

- (4)：Aさんの医療分の支給額 0円
 (5)：Bさんの医療分の支給額 27,301円
 (6)：Aさんの介護分の支給額 27,636円
 (7)：Bさんの介護分の支給額 65,896円

(4)と(5)については、沖縄県後期高齢者医療広域連合から Aさん・Bさん それぞれに支給される。

(6)と(7)については、那覇市から Aさん・Bさん それぞれに支給される。

【重要】

Aさんは、(4)の医療分の支給額は0円であるが、(6)の介護分に支給があるので、申請が必要です。
 ただし、標準システム(医療側のシステム)としては、不支給として扱われ「不支給決定通知書」が出力される。
 この「不支給決定通知書」には、上記のような内訳や説明が無いので、申請時または通知後の問い合わせに
 対して説明が必要。

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 〇〇 年度		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									
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		コウキ タロウ						生年月日		明治 大正 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 生		個人番号		〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇											
氏 名		後 期 太 郎										計算期間の始期及び終期		令和 〇〇年 〇〇月 ~ 令和 〇〇年 〇〇月											
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															
〇〇〇〇〇〇〇〇				〇〇〇〇〇〇〇〇		1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員		〇〇〇〇(市町村)		〇〇年〇〇月〇〇日 から 〇〇年〇〇月〇〇日 まで															
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											
39470000		〇〇〇〇〇〇〇〇						沖縄県後期高齢者医療広域連合						〇〇年〇〇月〇〇日 から 〇〇年〇〇月〇〇日 まで											
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											
〇〇〇〇〇〇〇〇		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇						〇〇〇〇(市町村・介護保険広域連合)						〇〇年〇〇月〇〇日 から 〇〇年〇〇月〇〇日 まで											
支給方法		口座管理番号		振込口座記入欄		〇〇〇〇		銀行 信用金庫 協同組合 ()		金融機関コード 〇 〇 〇 〇		〇〇〇〇		本店出張所		店舗コード 〇 〇 〇		種目 1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他		口座番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		フリガナ コウキ タロウ		振込先口座 管理番号	
口座振込																				口座名義人 後 期 太 郎					
☐ 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 〇〇〇〇(市町村・他広域連合等)		〇〇年 〇〇月 〇〇日から 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで		00000 00000 00000 00000																			
		2																							
		3																							
		4																							
5																									

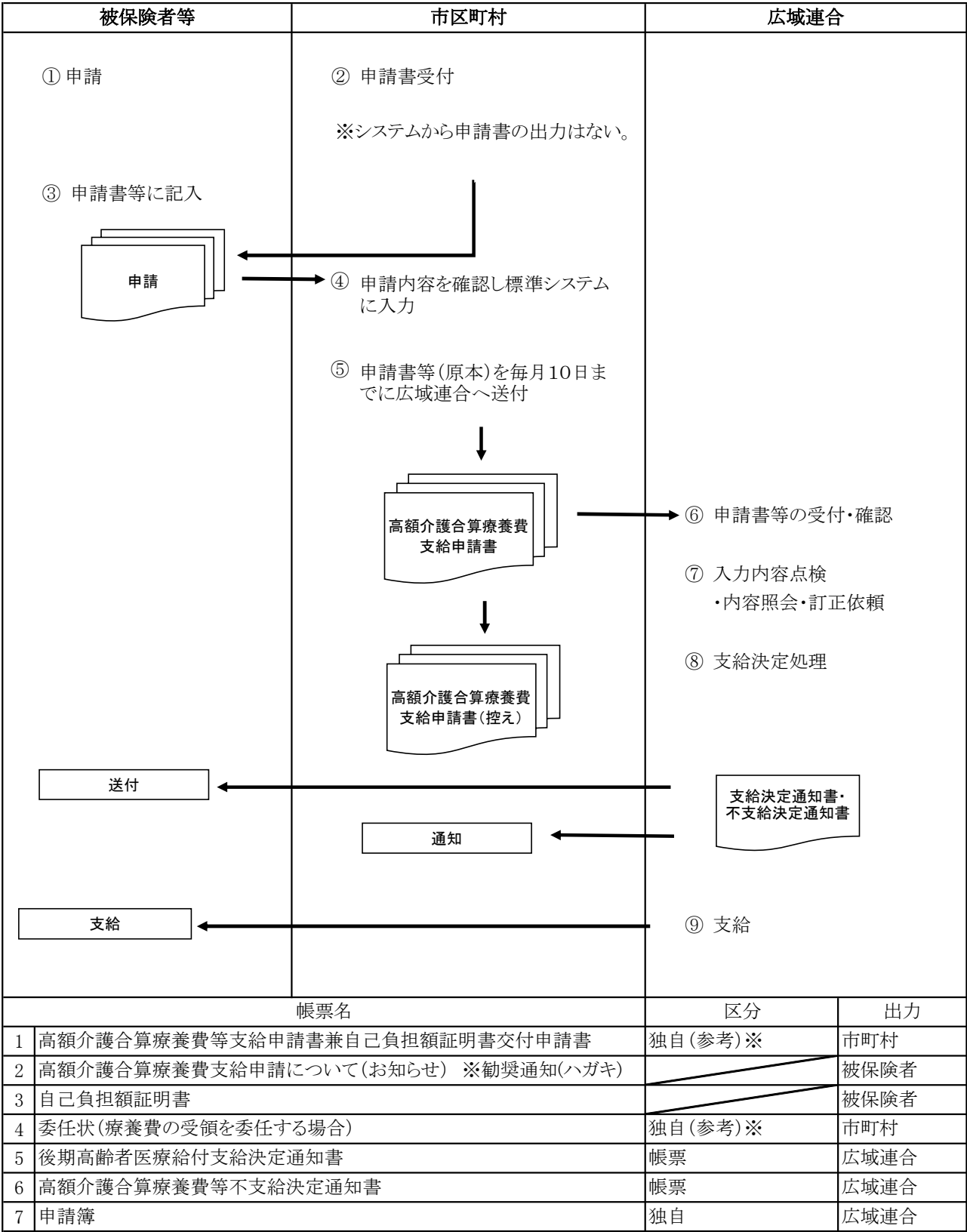
自己負担額証明書を被保険者が持参した場合に記入する。

〒 904-1192 沖縄県うるま市石川石崎1-1 うるま市石川庁舎3階
沖縄県後期高齢者医療広域連合 殿
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。
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。
※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

令和 年 月 日
郵便番号
住所
申請代表者
氏 名
電話番号

(参考様式)

高額介護合算療養費支給申請



※ 参考様式有り。任意様式も可能とする。

委 任 状

令 和 年 月 日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿

	〒
	住 所
委任者(申請者)	氏 名
	連 絡 先

令 和 年 月 日 申請の

後期高齢者医療による	療養費	の支給について、下記の者を
	食事・療養費差額	
	高額介護合算療養費	
	葬祭費	
	特別療養費	

代理人と定め、その受領に関する権限を委任します。

	〒
	住 所
代理人(受任者)	氏 名
	連 絡 先
	申請者との関係

委 任 状
(高 額 療 養 費)

私は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。
この委任は私が申し出るまで継続するものとする。

令 和 年 月 日以降に生ずる高額療養費の受領に関すること。

令 和 年 月 日

	〒
被保険者	住 所
	氏 名

記

	〒
代 理 人	住 所
	氏 名
	連 絡 先
	申請者との関係

約 定 書

約定書の提出があった場合は、相続人の確認(戸籍等)をお願いします。

被保険者番号

被保険者氏名

上記の者が 令和 年 月 日に死亡したため、

療養費

高額療養費

食事・療養費差額

高額介護合算療養費

特別療養費

保険料の還付

その他()

の領収について、相続人である私が受領いたします。

これらの受領について他の者から異議申出があった場合は、私が一切責任をもって処理することを約します。

令 和 年 月 日

〒

住 所

氏 名

続 柄

連 絡 先

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿

市町村長 殿

[illegible]

(記入例)

後 期 高 齢 者 医 療
葬 祭 費 支 給 申 請 書

入力	受付
印	印

受付日 令和 ○○年○○月○○日
決定日 令和 年 月 日

保 険 者 番 号 3 9 4 7 1 1 1 1

被 保 険 者 番 号 ○○○○○○○○○

支 給 金 額 ￥ 2 0 0 0 0 ー

死亡者の氏名	○○ ○○
死亡者の生年月日	昭和 ○○年 ○○月 ○○日
死亡年月日	令和 ○○年 ○○月 ○○日
葬祭日	令和 ○○年 ○○月 ○○日
死亡の原因	1. 交通事故 2. 交通事故以外

どちらかに
○を記入

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。

令 和 ○○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	〒 <table><tr><td>9</td><td>0</td><td>4</td></tr></table> <table><tr><td>1</td><td>1</td><td>9</td><td>2</td></tr></table> うるま市石川石崎1-1		9	0	4	1	1	9	2
	9	0	4							
	1	1	9	2						
氏名	後 期 太 郎									
連絡先	098-963-8013	死亡者との続柄	子							

届出人	住所	〒 <table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
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	○○ (銀行名)	銀 行 ・ 信用金庫 協同組合 ・ ()	○○ (店名)	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)	コ	ウ	キ	タ	ロ	ウ

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。

※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。

(記入例)

うるま市石川石崎1-1

後 期 太 郎

送付先住所、氏名

入力	受付
印	印

後 期 高 齢 者 医 療 高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
氏 名	後 期 太 郎				
生年月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	男	電話番号	098-963-8013

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	(制度名一) (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	〇〇 (銀行名)	銀 行 ・ 信用金庫 協同組合 ・ ()	〇〇 (店名)				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	〇	〇	〇	〇	〇	〇							
口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	キ		タ	ロ	ウ						
☐ 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。

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。	
令 和 〇〇年〇〇月〇〇日	
〒 904-1192	
申 請 者 (被保険者)	住所 うるま市石川石崎1-1
氏 名 後 期 太 郎	連 絡 先 098-963-8013
〒	
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、届出人に記入・捺印してください。

(記入例)

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
印	印

受付日 令和 ○○年○○月○○日
 決定日 令和 年 月 日

[illegible]

減額認定証の内容を確認してください。

交 付 区 分	区分○	適 用 年 月 日	〇〇年〇〇月〇〇日
交 付 年 月 日	〇〇年〇〇月〇〇日	長 期 該 当 年 月 日	〇〇年〇〇月〇〇日

入院をした保険医療機関等の所在地	〇〇市〇〇丁目〇番〇号		
入院をした保険医療機関等の名称	〇〇病院		
入院日数	〇〇年 〇〇月〇〇日から	〇〇年 〇〇月〇〇日まで	〇〇日間 〇〇回
入院に際し受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額)		〇〇,〇〇〇 円	
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由		理由の記入をお願いします。	

差額支給	イ	(210 - 160) 円	× (〇〇) 回 = (〇、〇〇〇) 円	合 計	〇、〇〇〇 -
	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

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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 様

904-1192

申請者 住所 **うるま市石川石崎1-1**

申請者
(被保険者) 氏名 後期 太郎

連絡先 098-963-8013

 $\equiv$

住所

届出人		
氏名	続柄	連絡先

※被保険者以外が申請を行う場合は、届出人に記入・押印してください。