

2 X 2X 年 2X 月 2X 日

〒8XXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
22XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

17XXXXXXXXXXXXX 1 6XXXX

大阪府後期高齢者医療広域連合長
(公 印 省 略)

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）《再送》

あなたの世帯の後期高齢者医療制度の被保険者の方は、2 X 2X 年度高額医療・高額介護合算制度の支給対象となつておりますのでお知らせします。

2 X 2X 年 2X 月 2X 日 付けで、支給申請についてのお知らせをさせていただきましたが、現時点において申請されておりません。

支給を受けるためには申請が必要となりますので、同封の申請書に必要事項を記入の上、申請してください。

既に申請済みの方は、文書の行き違いですのでご容赦ください。

計算対象期間		1 9XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
被保険者氏名		保険者番号	被保険者番号
		医療負担額	医療支給見込額
1 2 0XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		8XXXXXXXX	8XXXXXXXX
		1 8XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	1 8XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
1 2 0XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		8XXXXXXXX	8XXXXXXXX
		1 8XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	1 8XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
1 2 0XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		8XXXXXXXX	8XXXXXXXX
		1 8XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	1 8XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
1 2 0XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		8XXXXXXXX	8XXXXXXXX
		1 8XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	1 8XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
1 2 0XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		8XXXXXXXX	8XXXXXXXX
		1 8XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	1 8XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

- ※ 上記の金額は、令和 2X 年 1 月時点における医療と介護の自己負担額情報をもとに支給見込み額を記載しています。
- 申請時には、計算対象期間中の医療機関等からのレセプトの返戻や、世帯構成や所得等に変更があった場合、支給される額が変更となり支給されない場合もありますので、あらかじめご了承ください。
- ※ 振込みは申請書提出後、おおむね 5 ～ 6 ヶ月後となる場合があります。
- ※ 保険者番号と被保険者番号には計算対象末日時点の情報を表示しています。
- ※ 令和 2X 年 8 月から 令和 2X 年 7 月末までの間に、市区町村の区域を越えて転居される等の理由で加入する保険者が変更となった方は、前保険者においても支給対象となっている場合があります。
- ※ 被保険者が死亡された場合で、3 親等以内ではない相続人の方が申請される場合、公正証書等の相続権を証明できる書面の写しが別途必要です。
- ※ 実際の支給は個人単位（*印がある方）で行われますが、計算は世帯全員の自己負担額合計で行います。このため同封の申請書をすべて提出していただきますようお願いいたします。

◇申請先及び問い合わせ先 大阪府後期高齢者医療広域連合
〒540-0028 大阪府大阪市中央区常盤町1丁目3番8号
中央大通FNビル8階
電話番号 06-4790-2031