

お知らせサンプル

400-0000

〇〇県〇〇市

〇〇丁目〇〇番〇〇号 後期 花子様方

保険者

39190000

〇〇市

(故) 後期 太郎様の相続人 様



2 - 0000001

山梨県後期高齢者医療広域連合長

広域 太郎

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）

あなたの世帯の後期高齢者医療制度の被保険者の方は、医療保険と介護保険の自己負担額について、次のとおり
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。同封の申請書に必要事項を記入の上、申請してください。

なお、ご不明な点については、左下の市区町村の医療保険窓口、またはご加入の介護保険窓口までお問い合わせください。

計算対象期間	令和 4 年 8 月 ~ 令和 5 年 5 月			
被保険者氏名	後期高齢者保険者番号	後期高齢者被保険者番号	介護保険者番号	介護被保険者番号
	医療負担額	医療支給額（見込）	介護負担額	介護支給額（見込）
*後期 太郎	39190000	00123456	192000	0000123456
	¥63,868	¥12,628	¥284,385	¥56,223
後期 花子	39190000	00654321	192000	0000654321
	¥231,283	¥45,724	¥118,458	¥23,419
計	① ¥295,151	② ¥58,352	③ ¥402,843	④ ¥79,642
自己負担額の合計（①+③）	算定基準額		支給額の合計（見込）（②+④）	(1/1)
¥697,994	¥560,000		¥137,994	

※ 「支給額の合計（見込）」は、通知作成時点（令和 6 年 3 月 8 日）における、医療保険及び介護保険からの
世帯員全員分の支給見込額の合計です。実際の支給は、医療・介護それぞれの保険者から個人ごとに行われます。

※ 「算定基準額」が「190,000円」の世帯は、世帯員の介護保険の利用状況により、実際の支給額が異なる場合があります。

※ 保険者番号と被保険者番号には、計算対象期間末日時点の情報を表示しています。

※ 令和4年8月から令和5年7月末までの間に、加入する保険が変更となった方、または市区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前の保険でも支給対象となっている場合があります。

※ 重度心身障害者医療費助成制度を受けている方については、助成対象期間中の医療支給分は市町村へ支払われ、
本人へは支給されません。（助成の対象でない月がある場合は、按分計算により一部が支給されます。）

※ 「被保険者氏名」の前に*印がある方は、計算対象期間中に資格を喪失された方を表しています。実際の支給額は、
「支給額の合計（見込）」から*印がない方の医療・介護それぞれの支給額を差し引いた金額です。

◆問い合わせ先 及び申請場所

〇〇市

健康保険課後期医療係

〒400-0000

住 所 山梨県〇〇市

電話番号 055-000-0000

◆問い合わせ先

山梨県後期高齢者医療広域連合

業務課 給付担当

〒400-8587

住 所 山梨県甲府市蓬沢1-15-35

山梨県自治会館2階

電話番号 055-236-5671