

料金後納
郵便

※送付用封筒※

申請締切日

令和4年11月30日(水)
必着

高額療養費支給事前申請のご案内 在中

宮城県後期高齢者医療広域連合

申請締切日

令和4年11月30日(水)
必着【申請先】
宮城県後期高齢者医療広域連合

後期高齢者医療 高額療養費支給事前申請書

下記①～③の(太枠内)をご記入・ご確認ください。 ※申請者以外の口座への振り込みを希望される方のみ④の委任欄もご記入ください。

①申請者(被保険者)の情報のご確認

氏名		生年月日	
被保険者番号		保険者番号	
個人番号 (マイナンバー)	※当広域連合が把握している個人番号をもって申請があったものとみなします。		

②申請者(被保険者)のご署名

(宛先) 宮城県後期高齢者医療広域連合長
今後生じる高額療養費について支給を申請し、下記口座に振り込みすることを承諾します。

申請者 (被保険者)	住所	申請日
	フリガナ	令和 年 月 日
	氏名	電話

③振込口座のご記入 ※口座名義人はカタカナで左詰めで記入してください。姓と名の間は1字分あけてください。

口座名義人 (カタカナ)												
金融機関 (ゆうちょ銀行以外)	金融機関コード						支店コード					
	金融機関名						<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 信用組合			
	支店名						<input type="checkbox"/> 協同組合	<input type="checkbox"/> その他()				
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号(左詰め)								
	<input type="checkbox"/> 貯蓄											
ゆうちょ銀行	通帳記号 番号	1					0					
		通帳記号					通帳番号(右詰め)					

④代理受領委任欄 ※申請者以外の口座への振り込みを希望される方のみご記入ください。

私(申請者)は、下記代理人に高額療養費の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者(代理人)	委任者(申請者)
フリガナ	
氏名	氏名

令和4年9月22日

被保険者 各位

宮城県後期高齢者医療広域連合長
(公 印 省 略)

高額療養費の支給事前申請について（お知らせ）

このお知らせは、本年10月から後期高齢者医療被保険者証の負担割合が2割となる方のうち、高額療養費の振込口座が未登録の方へお送りしています。
令和4年8月31日時点の情報をもとに作成していますので、行き違いで既に高額療養費の申請をされた方や、後期高齢者医療の資格を喪失された方は申請不要です。

医療費の窓口負担の見直しに伴い2割負担となる方は、負担の増加を抑える配慮措置によって、今後高額療養費の支給対象となることが多くなる見込みです。

つきましては、事前に高額療養費の振込口座をご登録いただくための支給事前申請書をお送りします。今後的高額療養費は申請された口座に自動的に振り込まれますので、事前に申請いただきますようご案内いたします。

※高額療養費や配慮措置については、同封の「高額療養費制度について」をご覧ください。

申請方法

同封の支給事前申請書に必要事項をご記入の上、下記お問い合わせ先へお送りください。記入に当たっては、裏面の記入例をご参照ください。

申請期限

令和4年11月30日（水）必着

※期限までに申請されなかった場合は、今後高額療養費が発生したときに、改めて申請のご案内をお送りしますので、そちらで申請してください。

お問い合わせ先

申請書送付先…泉西郵便局 私書箱25号 TP内

宮城県後期高齢者医療広域連合 高額療養費支給事前申請受付係 行

宮城県高額療養費事前申請コールセンター tel **0570-072-672**

受付時間 月～金 9～17時（土・日・祝日は休業）

高額療養費支給事前申請書 記入例

●黒のボールペンで枠からはみ出さないように記入してください。

A 被保険者を記入してください。
※成年後見制度をご利用の方は、成年後見人を記入の上、登記事項証明書等の写しを添付してください。

B 口座名義人はカタカナで左詰めで記入してください。

C ゆうちょ銀行以外の金融機関またはゆうちょ銀行いずれか片方のみ記入してください。
※金融機関コード、支店コードの欄は、わからないときは記入不要です。

D 申請者以外の口座への振り込みを希望される方は署名してください。
※受任者（代理人）欄には口座名義人を、委任者（申請者）欄には申請者を署名してください。

後期高齢者医療 高額療養費支給事前申請書

下記①～③の(太枠内)をご記入・ご確認ください。 ※申請者以外の口座への振り込みを希望される方のみ④の委任欄もご記入ください。

①申請者(被保険者)の情報のご確認

氏名	連合 太郎	生年月日	昭和XX年XX月XX日
被保険者番号	12345678	保険者番号	39040001
個人番号 (マイナンバー)	※当広域連合が把握している個人番号をもって申請があったものとみなします。		

②申請者(被保険者)のご署名

(死先) 宮城県後期高齢者医療広域連合長
今後生じる高額療養費について支給を申請し、下記口座に振り込みすることを承諾します。

申請者(被保険者) 住所 宮城県… 申請日 令和 4 年 XX 月 XX 日
フリガナ レンゴウ タロウ 電話 XXXXXXXXXX
氏名 連合 太郎 XXXXXXXXXX

③振込口座のご記入 ※口座名義人はカタカナで左詰めで記入してください。姓と名の間は1字分あけてください。

口座名義人(カタカナ) レンゴウ タロウ

金融機関(ゆうちょ銀行以外)

金融機関コード	XXXXXX	支店コード	XXX
金融機関名	○○○○○○	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 協同組合 <input type="checkbox"/> その他()	
支店名	△△△△△△	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> その他()	
預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座番号(左詰め)	1 2 3 4 5 6 7

ゆうちょ銀行

通帳記号	通帳記号		通帳番号(右詰め)	
番号	1	0		1

④代理受領委任欄 ※申請者以外の口座への振り込みを希望される方のみご記入ください。

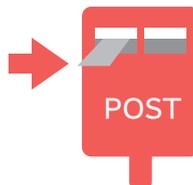
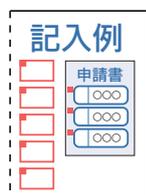
私(申請者)は、下記代理人に高額療養費の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者(代理人)	委任者(申請者)
フリガナ	
氏名	氏名

申請の流れ

1 記入例を参照いただき、申請書に必要事項をご記入ください。

2 申請書を同封のピンクの返信用封筒に入れてポストにご投函ください。



高額療養費制度について

1日から月末までの同じ月に、医療機関などに支払った自己負担額^{*1}の合計が、下表の自己負担限度額を超えた場合に支給する制度です。宮城県後期高齢者医療広域連合で支給額を計算し、申請が必要な方へご案内をお送りします。

初回到口座を申請すると、次回以降は同じ口座へ自動的に振り込みます。被保険者の死亡や口座の変更などがない限り、手続きの必要はありません。

※1 入院時の食事代や保険が適用にならないもの(差額室料や予防接種など)は対象外です。

自己負担限度額(月額)

- ▶ 外来(個人)は、被保険者個人単位で外来の自己負担額を合計します。
- ▶ 外来+入院(世帯)は、同じ世帯の後期高齢者医療の被保険者全員の外来と入院の自己負担額を合計します。

負担割合	外来(個人)	外来+入院(世帯)
2割	①または②の低い方を適用 ①18,000円 ②6,000円+(外来の総医療費-30,000円)×10% (年間上限144,000円 ^{*2}) なお、②は令和7年9月30日までの配慮措置です。 詳しくは次の「負担を抑える配慮措置」をご覧ください。	57,600円 <44,400円 ^{*3} >

※2 8月から翌年7月までの外来の自己負担額(月ごとの高額療養費支給分を除いた額)の合計が144,000円を超えた場合、その超えた額が「外来年間合算分」として後日支給されます。ただし、自己負担額は3割負担であった月を除いて合計します。

※3 直近12か月以内に、外来+入院(世帯)の高額療養費が3回以上該当した場合の、4回目以降の限度額です。ただし、宮城県後期高齢者医療に加入する前的高額療養費は回数に含めません。

負担を抑える配慮措置

令和7年9月30日まで、2割負担の方の外来の負担増加額を月3,000円に抑える措置です。外来の負担増加額が月3,000円を超える場合、高額療養費として支給します。

【例】1割負担で月5,000円負担していた方が2割負担となった場合、本来月10,000円の負担が、月8,000円の負担となります。

● 同じ月に同じ医療機関へ支払う医療費が高額になるとき

同じ月に同じ医療機関へ支払う額は、自己負担限度額までになります。ただし、外来と入院は別々に計算するため、それぞれの自己負担限度額まで支払う必要があります。

● 高額療養費の振込日

高額療養費が発生すると、医療機関を受診して約3か月後の25日(土日祝日に当たる場合は直前の平日)に振り込みます。振り込み後には、診療年月や支給額などを記載した支給決定通知書をお送りします。



窓口負担割合の見直しに伴う 高額療養費の還付 を装った詐欺に注意!!

自治体の職員等が以下のことをすることは
絶対にありません

- × 郵送せずに電話や訪問で口座情報登録をお願いすること
- × 通帳をお預かりすること
- × ATMの操作をお願いすること
- × 受給に当たり、手数料の振り込みを求めること
- × メールを送り、URLをクリックして申請手続きを求めること

不審に思ったらご相談ください。

- 最寄りの警察署または警察相談専用電話 **#9110**
- 消費者ホットライン(局番なし) **188(いやや!)**
- お住まいの市区町村担当窓口

医療費窓口負担割合の見直しに関するお問い合わせ

高額療養費の支給事前申請については、
宮城県高額療養費事前申請コールセンター(0570-072-672)にお問い合わせください。

※コールセンター対応時間:月曜日～金曜日の9時～17時(土曜日・日曜日・祝日は休業)

今回の制度改正の見直しの背景等に関するご質問等は、
厚生労働省コールセンター(0120-002-719)にお問い合わせください。

※コールセンター対応時間:月曜日～土曜日の9時～18時(日曜日・祝日・年末年始は休業)