

勸奨通知様式

三つ折り 6面タイプの圧着方式で、圧着後はがきサイズとなります。

(一面)

(二面)

(三面)



456-7890
愛知県〇〇市
大字△△字△△99番地
××マンション909号

広城 太郎 様



1012-2345-671 23999 11000001#

**高額介護合算療養費・高額医療合算介護
(予防) サービス費支給申請のお知らせ**

愛知県後期高齢者医療広域連合
〒461-0001
名古屋市東区泉1丁目6番5号
電話 052-955-1205
FAX 052-955-1298

ここからゆっくりはがしてご覧ください。➡

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

平成23年12月

下記の方について、高額医療・高額介護合算制 度における後期高齢者医療の「高額介護合算療養費」及び介護保険の「高額医療合算介護 (予防) サービス費」が支給されると思われますので、記載されている申請窓口で手続きをしてください。

被保険者氏名	後 期 高 齢 者 医 療		介 護 保 険	
	保 険 者 番 号	被 保 険 者 番 号	保 険 者 番 号	被 保 険 者 番 号
広城 太郎	39230000	01234567	230000	0123456789
広城 二郎	39230000	01234578	230000	0123456790
広城 三郎	39230000	01234589	230000	0123456801

問合せ・申請窓口

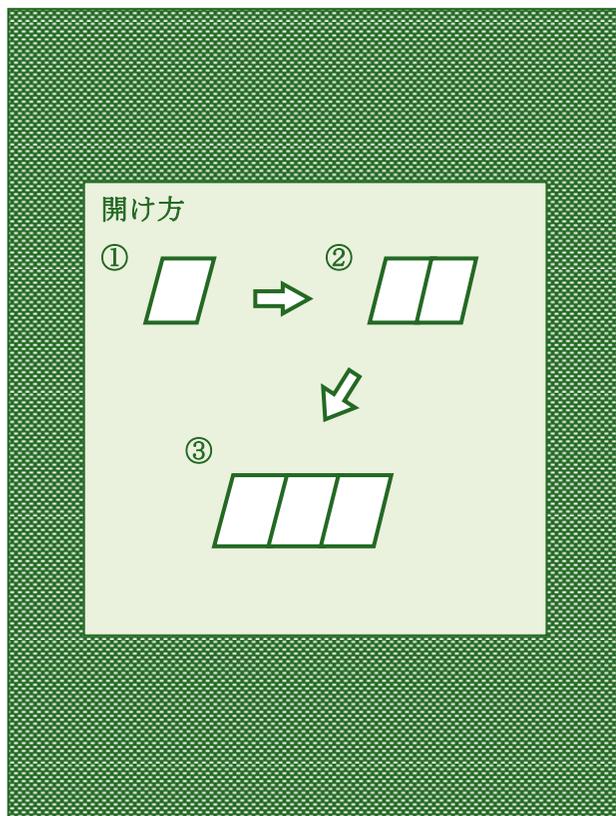
広城市
後期高齢者医療担当課
〒123-4567
都道府県広城市後期高齢一丁目6番5号
広域会館3階
電話 012-345-6789

【お持ちいただくもの】

- ◎このハガキ
- ◎印鑑 (朱肉の使えるもの)
- ◎後期高齢者医療および介護保険の被保険者証
- ◎口座番号と口座名義人が確認できるもの (預金通帳等)

裏面もご覧ください

(四面)



この部分からもゆっくりはがして中をご覧ください。



(五面)

高額医療・高額介護合算制度とは

同じ世帯の後期高齢者医療制度の加入の方が、1年間に支払った医療保険と介護保険の自己負担額を合計し、下表の負担区分毎の「1年間の限度額」を超えた場合に、その超えた金額が支給されます。

お
知
ら
せ

負担区分	要件	1年間の限度額
現役並み所得者	世帯に市町村民税課税所得が145万円以上ある被保険者がいる世帯の方	67万円
一般	現役並み所得者・区分Ⅱ・区分Ⅰに該当しない方	56万円
区分Ⅱ	市町村民税非課税世帯で、区分Ⅰに該当しない方	31万円
区分Ⅰ	世帯全員の各種所得（公的年金は控除額を80万円で計算）が0円の方 または市町村民税非課税世帯で、被保険者本人が老齢福祉年金を受給している方	19万円

この裏面に支給申請のお知らせがあります。必ずご確認ください。

(六面)

※下記に該当する方は、裏面に記載の問合せ・申請窓口にご相談ください。

- 平成22年8月2日から平成23年7月31日までの間に、他の医療保険から後期高齢者医療制度に加入した方や市町村を越えて転居をした方（以前加入していた医療保険または介護保険の自己負担額証明書が必要となる場合があります）
- その他ご不明な点がある方

- 1年間の自己負担額とは、毎年8月1日から翌年7月31日までの12か月間のものを対象とします。
- 高額療養費や高額介護（予防）サービス費に相当する額は、計算対象の自己負担額から除きます。
- 後期高齢者医療加入世帯の医療保険または介護保険のいずれかの自己負担額が0円の場合は、支給対象となりません。
- 計算の結果、支給額が500円を超えない場合は、支給対象となりません。