

レイアウト概要(素案)

0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10.0 10.5 11.0 11.5 12.0 12.5

【A面】

料金後納郵便

郵便はがき

高額療養費のときのみB面の裏面へ表示

親展

NNNNNNNNNN

住所1 NNNNNNNNNNNNNNNNN

住所2 NNNNNNNNNNNNNNNNN

住所2 NNN住所3 NNNNNNNNN

住所3 NNNNNNNNN

氏名漢字 NNNNNNNNNNNNNNN

カスタマバーコードを生成



NNZ9NNZ9NNZ9N

後期高齢者医療給付支給決定通知書

(問い合わせ先)

鳥取県後期高齢者医療広域連合

〒689-0714 鳥取県東伯郡湯梨浜町大字龍島500番地
湯梨浜町役場東郷支所2階
電話 0858-32-1095 FAX 0858-32-1087

ご自身の健康管理のため、年1回は健康診査を受診しましょう。

【B面】

11NNNNNNNNNNNN
NNZ9NNZ9NNZ9N

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 深澤 義彦

印

後期高齢者医療給付支給決定通知書

支給決定した医療給付

高額療養費

被保険者番号

NNNNNNNNNN

被保険者氏名

NNNNNNNNNNNNNN

支給金額

X,XXX,XXX円

※ 今回の支給額は、医療保険分だけの金額です。介護保険分のある方については、市町村(介護保険者)より別途通知

【診療年月ごとの内訳】

診療年月	支給金額	診療年
X年X月	X,XXX	X年
X年X月	X,XXX	X年
X年X月	X,XXX	X年
X年X月	X,XXX	X年X月
X年X月	X,XXX	X年X月
X年X月	X,XXX	X年X月

高額介護合算療養費のときのみ表示

高額療養費のときのみ表示

【C面】

支払予定日	NNXX年XX月XX日
金融機関名	NNNNNNNNNN
支店名	NNNNNNNNNN
口座名義人	NNNNNNNNNN

※口座に入金されるのは、支払予定日を前後することがあります。

不服申立て及び取消訴訟

この決定に不服のあるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、鳥取県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この決定の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや決定の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、鳥取県後期高齢者医療広域連合を被告(代表者は、鳥取県後期高齢者医療広域連合長)として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

◆問い合わせ先

鳥取県後期高齢者医療広域連合 事務局業務課
住所: 〒689-0714 鳥取県東伯郡湯梨浜町大字龍島500番地
湯梨浜町役場東郷支所2階
電話: 0858-32-1095

ハガキ裏面

高額療養費のときのみB面の裏面

【A面】の裏面

【B面】の裏面

【C面】の裏面

1か月(同じ月内)の医療費の自己負担額が自己負担限度額を超えた分が高額療養費として支給されます。

自己負担限度額(月額)

		外来(個人単位)	外来+入院(世帯単位)
3割	現役並み所得者	44,400円	80,100円 + (医療費-267,000円) ×1%※
	一般	12,000円	44,400円
1割	低所得者Ⅱ	8,000円	24,600円
	低所得者Ⅰ	8,000円	15,000円

郵便はがき

高額療養費のときのみ、こちらに表示。

※ 過去に12か月以内に「外来+入院」の自己負担限度額を超えた支給が4回以上あった場合、4回目以降は44,400円となります。

◆ 入院時の食事代や保険のきかない差額ベッド料などは支給の対象外となります。

注意 高額療養費のみB面の裏面に記載あり。 三つ折りして圧着し、ハガキのサイズ時に「郵便はがき」の文字が見えること。