

## 高額介護合算療養費に係る申請書等の印刷・印字及び封入封緘業務仕様書

### 1 目的

山口県後期高齢者医療広域連合（以下「甲」という。）は受託者（以下「乙」という。）に高額介護合算療養費に係る申請書等の印刷・印字及び封入封緘業務等（以下「本業務」という。）を委託する。

### 2 委託期間

契約締結日から令和6年2月29日（木）まで

### 3 委託業務内容（※枚数等は前年度実績から算出した見込み）

#### （1）数量及び納品日

- 令和6年1月16日（火）納品分（以下「1回目納品分」という）

|         |
|---------|
| 窓空き封筒作成 |
| 300枚    |

- 令和6年1月25日（木）納品分（以下「2回目納品分」という）

| 印刷・印字及び三つ折り   |          |          |
|---|----------|----------|
| お知らせ  | 申請書      | 申請書記入例   |
| 13, 200枚  | 13, 200枚 | 13, 200枚 |
|  |          |          |
| 窓空き封筒作成・封入封緘  |          |          |
| 13, 200通  |          |          |

| 印刷・印字及び三つ折り   |      |        |      |        |
|---|------|--------|------|--------|
| お知らせ  | 申請書  | 申請書記入例 | 相続書  | 相続書記入例 |
| 800枚  | 800枚 | 800枚   | 800枚 | 800枚   |
|  |      |        |      |        |
| 窓空き封筒作成・封入封緘  |      |        |      |        |
| 800通  |      |        |      |        |

- ・令和6年2月8日（木）納品分（以下「3回目納品分」という）

|         |
|---------|
| 窓空き封筒作成 |
| 3,000枚  |

- ・令和6年2月14日（水）納品分（以下「4回目納品分」という）

| 印刷・印字及び三つ折り |        |        |
|-------------|--------|--------|
| お知らせ        | 申請書    | 申請書記入例 |
| 2,500枚      | 4,500枚 | 2,500枚 |

- ・令和6年2月16日（金）納品分（以下「5回目納品分」という）

| 印刷・印字及び三つ折り  |      |        |
|--------------|------|--------|
| お知らせ         | 申請書  | 申請書記入例 |
| 700枚         | 700枚 | 700枚   |
| ↓            |      |        |
| 窓空き封筒作成・封入封緘 |      |        |
| 700通         |      |        |

(2) 作業の実施内容に関する事項

以下のとおりの仕様とする

①お知らせ文書の印字及び三つ折り加工

|        |  |
|--------|--|
| 用紙規格   | A4（基準） 白上質紙55kg  |
| 印刷仕様   | 片面 モノクロ  |
| レイアウト等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・別紙1のとおり</li> <li>・三つ折り加工</li> <li>・カスタマーバーコード、公印については提供するPDFデータにあり。</li> <li>・4回目納品分については、印字・三つ折り加工後、甲の指定する種類及び並び順に50枚ずつ輪ゴム等で仕分けすること。</li> </ul> |

②申請書の印字及び三つ折り加工

|        |   |
|--------|---|
| 用紙規格   | A4（基準） 白上質紙5.5kg  |
| 印刷仕様   | 片面 モノクロ   |
| レイアウト等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・別紙2のとおり</li> <li>・三つ折り加工</li> <li>・4回目納品分については、印字・三つ折り加工後、甲の指定する種類及び並び順に50枚ずつ輪ゴム等で仕分けすること。</li> </ul> |

③申請書記入例の印刷及び三つ折り加工

|        |   |
|--------|---|
| 用紙規格   | A4（基準） 白上質紙5.5kg  |
| 印刷仕様   | 片面 モノクロ   |
| レイアウト等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・別紙3のとおり</li> <li>・三つ折り加工</li> <li>・4回目納品分については、印刷・三つ折り加工後、甲の指定する種類及び並び順に50枚ずつ輪ゴム等で仕分けすること。</li> </ul> |

④相続書の印刷及び三つ折り加工

|        |  |
|--------|--|
| 用紙規格   | A4（基準） 白上質紙5.5kg   |
| 印刷仕様   | 片面 モノクロ<br>別紙4-1（200枚）、別紙4-2（600枚）   |
| レイアウト等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・別紙4-1及び別紙4-2のとおり</li> <li>・三つ折り加工</li> </ul> |

⑤相続書記入例の印刷及び三つ折り加工

|        |   |
|--------|---|
| 用紙規格   | A4（基準） 白上質紙5.5kg  |
| 印刷仕様   | 両面 モノクロ   |
| レイアウト等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・別紙5のとおり</li> <li>・三つ折り加工</li> </ul> |

(3) 窓空き封筒作成業務

|         |         |
|---------|---------|
| 種 類     |         |
| 印 刷 仕 様 | 別紙6のとおり |
| レイアウト   |         |

(4) 封入封緘業務

|         |   |
|---------|---|
| 納 品 形 式 | <ul style="list-style-type: none"><li>・納品に要する箱は甲が用意する。</li><li>・甲の指定する種類及び並び順に50通ずつ輪ゴム等でまとめた後に箱詰め（1箱500通）すること。</li><li>・箱詰め後、甲の指示により抜き取り作業を行った後に納品すること。（見込み：150通）</li><li>・抜き取り分が箱ごとにわかるよう管理（箱ごとに袋を用意する等）し、甲へ納品すること。</li></ul>  |
| 納 品 場 所 | 山口県後期高齢者医療広域連合事務局   |
| 注 意 事 項 | <ul style="list-style-type: none"><li>・お知らせ文書と申請書は被保険者番号と被保険者名が同一のものを封入すること。</li><li>・窓空き封筒の窓空き部分から、印字された被保険者の宛名等が明示されていることを確認の上、封入封緘作業を行うこと。</li><li>・納品の際は、件数の確認を受領証等の書面にて記録すること。</li><li>・本業務の遂行において、封入漏れや封緘漏れ、他の被保険者の封入物の混入などが発生しないよう、チェック体制を確立すること。（乙により申請書等に管理番号を付与する等、対策を行うこと。）</li><li>・封入封緘等に使用した帳票等の残余分については、令和6年2月29日（木）までに甲へ納品すること。</li></ul> |

4 データの引渡等に係る事項

(1) 提供データの引渡時期

- 1回目及び3回目納品分：契約締結日
- 2回目納品分：令和6年1月16日（火）
- 4回目及び5回目納品分：令和6年2月9日（金）

## (2) 提供データの形式等

ア データは、PDF ファイル形式とする。

イ 甲は、必要に応じてデータを分割して提供するものとし、乙は、データを結合等した後、作業を行う。

※なお、発送する書類の様式は現時点のものであり、今後変更となる可能性がある。

## 5 印刷の検証

(1) 印刷の位置及び内容等について検証し、問題がないことを確認した上で作業を行うこと。

(2) 甲が提供するデータによる印刷テストを行い、検証結果が正しいものと甲が確認できるまで行うものとし、甲の検証に必要な資料等の作成について、乙はこれを支援すること。

## 6 委託条件

(1) 乙は、本業務の実施に当たって、関係法令を十分に順守すること。

(2) 乙は、本業務の履行により知り得た内容を他社に漏らしてはならない。

(3) 乙は、個人情報保護や対策を目的とした財団法人日本情報処理開発協会によるプライバシーマークの認定又は I SMS（情報セキュリティマネジメントシステム）適合評価制度の認証のいずれかを受けていること。

(4) 取り扱う個人情報は厳重に管理し、その保護に配慮した十分な体制を整え迅速な対応ができること。

(5) 本業務中のトラブル発生に際しては、事業所内のバックアップ体制が整っており、迅速な対応ができること。

(6) 委託内容、作業日程等については、甲の電算処理等の都合により変更が生じる可能性があり、その際は別途協議の上、決定するものとする。

(7) データ等並びに通知書の運搬費及びテストデータの出力等にかかる費用の負担は、委託料に含まれるものとする。

## 7 作成物の帰属

本業務の履行に伴い発生する帳票等の所有権は、すべて甲に帰属する。

## 8 データの保護

乙は、本業務を履行するために甲から提供を受け又は乙自ら作成する記録媒体若しくは帳票等（以下「データ等」という。）の安全対策を講じるほか、次の事項について措置する。

### (1) 管理

データ等は個人情報であるため、秘密の保持等には善良な管理者による細心の注意義務をもって、インターネット等により外部と接続されていない環境のもとで契約期間終了まで厳重に保管する。

### (2) 返還

乙が甲から提供を受けたデータ等は、本業務の履行上、不要となった時点で遅滞なく返還する。

### (3) 移送

乙が磁気媒体によるデータを移送する際には、乙側でデータの暗号化を施す。なお、暗号化に使用するツールは、個人情報保護の観点を踏まえ乙が選択する。移送には鍵付きのケース等を利用して持ち運ぶ。

### (4) 消去等

乙が自ら作成したデータ等は、本業務の履行上、不要となった時点で確実な方法をもって消去し、又は廃棄しなければならない。また、その証（個人情報廃棄処分証明書等）となるものを提出する。

### (5) 授受

確認データ等の授受は、書面（送付書、受領書）にて確認の上行う。

### (6) 目的外利用の禁止

乙は、本業務に係るデータ等を本業務以外の目的に使用してはならない。

### (7) 漏えい時の対応

個人情報の漏えい等が発生した場合は、直ちに漏えい等を防止する措置を講じるとともに、書面で状況を報告し、甲の指示を受ける。

## 9 注意事項

(1) 製品作成について特許等がある場合は、乙がその責任を負う。

(2) その他、本仕様書に定めのない事項及び業務遂行上疑義が生じた事項については、その都度、協議の上処理する。

- (3) 作業内容や工程等については、契約締結後、綿密な打合せ及び調整を行うものとする。
- (4) 封入封緘等に使用した帳票等の残余分について甲の指定のない場合は、甲へ納品すること。

〒〇〇〇-〇〇〇〇  
〇〇県〇〇市△△△△0000番地0

〇〇 〇〇 様

← カスタマーバーコード →

山口県後期高齢者医療広域連合長

印

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)

下記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、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、下段の申請窓口、問い合わせ先またはご加入の介護保険窓口(各市町介護保険担当課)までお問い合わせください。

| 計算対象期間 | 令和 〇 年 〇 月 ~ 令和 × 年 × 月 |            |
|--------|-------------------------|------------|
| 被保険者氏名 | 後期高齢者医療被保険者番号           | 介護被保険者番号   |
|        | 医療支給額(見込)               | 介護支給額(見込)  |
| 〇〇 〇〇  | 〇〇〇〇〇〇〇〇                | ×××××××××× |
|        | ¥15,000                 | ¥21,000    |
|        |                         |            |
|        |                         |            |
|        |                         |            |
|        |                         |            |
| 計      | ¥15,000                 | ¥21,000    |

※ 「医療支給額(見込)」、「介護支給額(見込)」は、作成時点(令和XX年XX月XX日)における医療保険及び介護保険からの支給予定額ですので、以下の場合には実際の支給額と異なることがあります。

・対象期間中に福祉医療費助成制度(窓口負担がない方)の対象者であった場合

- ・世帯の所得区分が「区分Ⅰ」で世帯内に複数の介護サービス利用者がある場合  
「区分Ⅰ」…同じ世帯の全員が住民税非課税で、世帯全員の所得が0円(年金の所得は控除額を80万円として計算)または老齢福祉年金受給者
- ・その他、自己負担額の変更があった場合など

※ 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。

※ 計算対象期間中の世帯において、後期高齢者医療の資格を喪失された方がいる場合は、別に申請書等の提出が必要になることがありますのでお問い合わせください。

下記の宛名は郵送申請時にご利用ください。

〒123-45××  
〇〇県××市□□□1-2-3××市〇〇課  
後期高齢者医療担当 行

◆申請窓口・問い合わせ先

××市〇〇課  
後期高齢者医療担当  
☎ XXX-XXX-XXXX

◆発送元

山口県後期高齢者医療広域連合事務局  
業務課 医療給付係



○太枠内を必ずご記入ください。

| 高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担証明書交付申請書  |  |                                  |  |                        |  |                              |  |                  |  |      |  |
|---|--|----------------------------------|--|------------------------|--|------------------------------|--|------------------|--|------|--|
| 申請対象年度  |  | 令和〇年度                            |  | 申請区分                   |  | 新設                           |  | 2.変更             |  | 3.取下 |  |
| 申請形態  |  | 1.計算期間末日以降申請(期間中死亡・生体適用・海外居住者なし) |  | 2.計算期間末日以降申請(期間中死亡者あり) |  | 3.計算期間末日以降申請(期間中生体適用期外居住者あり) |  | 4.死亡・海外居住等計算期間申請 |  |      |  |
| 氏名  |  | 広域 太郎                            |  | 生年月日                   |  | 大正 年 月 日生                    |  | 性別               |  | 男    |  |
| 個人番号  |  | [個人番号欄]                          |  |                        |  |                              |  |                  |  |      |  |
| 計算期間の始期及び終期   |  | 令和〇年 8月 から 令和〇年 7月               |  |                        |  |                              |  |                  |  |      |  |
| 国民健康保険資格情報  |  |                                  |  |                        |  |                              |  |                  |  |      |  |
| 被保険者番号  |  | 被保険者証記号                          |  | 被保険者番号                 |  | 被保険者                         |  | 被保険者名称           |  | 加入期間 |  |
| 39350004  |  | 11111111                         |  | 山口県後期高齢者医療広域連合         |  | 令和〇年 8月 1日 から 令和〇年 7月 31日まで  |  |                  |  |      |  |
| 後期高齢者医療資格情報   |  |                                  |  |                        |  |                              |  |                  |  |      |  |
| 被保険者番号  |  | 被保険者番号                           |  | 広域連合名称                 |  | 加入期間                         |  |                  |  |      |  |
| 350000  |  | 2222222222                       |  | 〇〇市                    |  | 令和〇年 8月 1日 から 令和〇年 7月 31日まで  |  |                  |  |      |  |
| 介護保険資格情報  |  |                                  |  |                        |  |                              |  |                  |  |      |  |
| 被保険者番号  |  | 被保険者番号                           |  | 被保険者名                  |  | 加入期間                         |  |                  |  |      |  |
| 350000  |  | 2222222222                       |  | 〇〇市                    |  | 令和〇年 8月 1日 から 令和〇年 7月 31日まで  |  |                  |  |      |  |
| 被保険者名   |  | 加入期間                             |  | 添付の自己負担証明書整理番号         |  | 備考欄                          |  |                  |  |      |  |
| 1   |  | 令和 年 月 日から                       |  |                        |  |                              |  |                  |  |      |  |
| 3   |  | 令和 年 月 日まで                       |  |                        |  |                              |  |                  |  |      |  |
| 口座管理番号  |  | 種別                               |  | 口座番号                   |  | 口座名義人(カタカナで記入ください)           |  |                  |  |      |  |
| 1   |  | ゆうちょ                             |  | 558                    |  | 1 2 3 4 5 6 7                |  | コウイキ タロウ         |  |      |  |
| 山口県後期高齢者医療広域連合 様<br>〇〇市長 様<br>① 申請者について、高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給を申請します。<br>② 申請者について、自己負担証明書の交付を申請します。<br>※自己負担証明書の交付申請を行う場合、①-②のいずれもまで記入してください。<br>※高額介護合算療養費(高額医療合算介護(予防)サービス費)の支給申請を行う場合、①のみを記入してください。<br>※申請書をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対して、支給を申請します。 はい/いいえ |  |                                  |  |                        |  |                              |  |                  |  |      |  |
| ※受領代理人(被保険者または相続人以外)の口座へ振込を希望される場合は、委任状の委任状欄に記入してください。  |  |                                  |  |                        |  |                              |  |                  |  |      |  |

マイナンバー(12桁)を記入してください。  
※不明・亡くなった方は記入不要です。

振込を希望される口座の情報を記入してください。  
※ゆうちょ銀行の口座も可能です。

申請日、申請者名(被保険者本人または相続人)を記入してください。  
※代筆も可能です

被保険者本人または相続人以外の方(受領代理人)の口座へ振込を希望される場合は、必ず☆印の委任状欄に記入してください。

## 高額介護合算療養費・高額医療合算介護サービス費の支給について

医療保険の自己負担額と介護保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合、申請により、その超えた額が高額介護合算療養費および高額医療合算介護サービス費として支給されます。

## 申請から支給までの流れ

- ① 申請書の提出先
    - ・「支給申請について(お知らせ)」の下部に記載しております。
  - ② 支給決定
    - ・支給予定日は、医療保険者(後期高齢者広域連合)・介護保険者(市町)によって異なり、医療分については申請書提出からおおむね3ヶ月かかります。
    - ・医療費の窓口負担がない(0円)場合、医療保険者からの支給はありません。
  - ③ 高額介護合算療養費等の振込
    - ・申請書で指定された口座に、それぞれの保険者から振り込まれます。
- ※申請書が複数枚同封されている場合は、一括して提出してください。

# 相 続 書

|          |        |   |   |   |       |   |   |  |  |  |
|----------|--------|---|---|---|-------|---|---|--|--|--|
| 医療<br>保険 | 保険者番号  | 3 | 9 | 3 | 別紙4-1 |   |   |  |  |  |
|          | 被保険者番号 |   |   |   |       |   |   |  |  |  |
| 介護<br>保険 | 保険者番号  | 3 | 5 | 2 | 0     | 1 | 3 |  |  |  |
|          | 被保険者番号 |   |   |   |       |   |   |  |  |  |

令和 年 月 日

(あて先) 山口県後期高齢者医療広域連合長 様  
市町長 様

(氏名) \_\_\_\_\_ に関わる { 後期高齢者医療  
 高額医療合算介護(予防)サービス費(介護保険制度)\*\*\*  
 生年月日 明・大・昭 年 月 日  
 に係る債権(支給金)\*\*債務(保険料)\*\*については、本人が \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 に死亡したため、私が代表相続人となり相続いたします。

なお、上記債権・債務は私が相続したものであり、後日、他の相続人の承認を得る  
 ことを確約しますが、万一、他の相続人と紛議を生じても相続者間で解決するものと  
 し、私が一切の責任を負うものとします。

代表相続人

〒

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 電話 ( \_\_\_\_\_ )

被保険者との続柄 配偶者 ・ 子 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

| 振込先指定口座         | 金融機関                        | 支店名                |                 |  |  | 種別 |  |  |  |
|-----------------|-----------------------------|--------------------|-----------------|--|--|----|--|--|--|
|                 | 銀行<br>信用金庫<br>農協・漁協<br>信用組合 | 本店・支店<br>支所<br>出張所 | 普通・当座<br>その他( ) |  |  |    |  |  |  |
|                 | 口座番号(7桁)                    |                    |                 |  |  |    |  |  |  |
| 口座名義人<br>(カタカナ) |                             |                    |                 |  |  |    |  |  |  |

| 市町記入欄                            |   | 担当 |
|----------------------------------|---|----|
| 被保険者と相続人の関係確認資料                  | 1 (住民基本台帳・住民票)で確認<br>2 戸籍抄本・謄本等の写し<br>3 遺言書による相続人の場合は遺言書の写し<br>4 その他( ) |    |
| 該当に○をすること                        |   |    |
| 「2」、「3」の場合には、添付書類を添えて広域連合に送付すること |   |    |

※の箇所については、市町により取扱いが異なります。

# 相 続 書

|          |        |   |   |   |   |       |  |  |  |
|----------|--------|---|---|---|---|-------|--|--|--|
| 医療<br>保険 | 保険者番号  | 3 | 9 | 3 | F |       |  |  |  |
|          | 被保険者番号 |   |   |   |   | 別紙4-2 |  |  |  |
| 介護<br>保険 | 保険者番号  |   |   | 3 | 5 |       |  |  |  |
|          | 被保険者番号 |   |   |   |   |       |  |  |  |

令和 年 月 日

(あて先) 山口県後期高齢者医療広域連合長 様  
市町長 様

(氏名) \_\_\_\_\_ に関わる { 後期高齢者医療  
高額医療合算介護(予防)サービス費(介護保険制度※)  
生年月日 明・大・昭 年 月 日

に係る債権(支給金)、債務(保険料)※については、本人が \_\_\_\_\_ 年 月 日  
に死亡したため、私が代表相続人となり相続いたします。

なお、上記債権・債務は私が相続したものであり、後日、他の相続人の承認を得る  
ことを確約しますが、万一、他の相続人と紛議を生じても相続者間で解決するものと  
し、私が一切の責任を負うものとします。

代表相続人

〒

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 電話 ( \_\_\_\_\_ )

被保険者との続柄 配偶者 ・ 子 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

|             | 金融機関                        | 支店名                        | 種別                  |
|-------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------|
| 振込先指定口座     | 銀行<br>信用金庫<br>農協・漁協<br>信用組合 | 本店・支店<br><br>支所<br><br>出張所 | 普通・当座<br><br>その他( ) |
|             | 口座番号(7桁)                    |                            |                     |
| 口座名義人(カタカナ) |                             |                            |                     |
|             |                             |                            |                     |

| 市町記入欄                            |   |    |
|----------------------------------|---|----|
| 被保険者と相続人の関係確認資料                  | 1 (住民基本台帳・住民票)で確認<br>2 戸籍抄本・謄本等の写し<br>3 遺言書による相続人の場合は遺言書の写し<br>4 その他( ) | 担当 |
| 該当に○をすること                        |   |    |
| 「2」、「3」の場合には、添付書類を添えて広域連合に送付すること |   |    |

※の箇所については、市町により取扱いが異なります。

## 相続人の方へ 別紙5（表面）

広域連合では、亡くなられた被保険者について、生前の診療に係る高額介護合算療養費等が発生した場合は、支給申請の勧奨通知を行っています。その際の申請は、代表相続人の方が行うこととなりますので、代表相続人の方が高額介護合算療養費等の申請手続きをしていただきますようお願いいたします。

※行き違いにより、相続書をお送りしている場合があります。すでに相続書を提出されている場合は、お手数ですが、このたびお送りした相続書は破棄してください。

※代表相続人以外の口座へ振込を希望される場合は、必ず委任状欄に記入してください。

### 申請手続について

被保険者が亡くなられた後の申請の際には、高額介護合算療養費等支給申請書に加えて、「相続書」の添付が必要となります。裏面の（記入例）を参照の上、高額介護合算療養費等支給申請書及び相続書の提出をお願いします。

また、住民票上、同一世帯でない場合、相続人であることを確認できる書類（戸籍謄本等で続柄がわかるもの）の写しが必要となりますので添付してください。

### 送付書類

- 1 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）
- 2 高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書
- 3 申請書記入例
- 4 相続書

### 申請先（提出先）

「支給申請について（お知らせ）」の左下に記載している市町の後期高齢者医療の担当窓口申請（提出）してください。

# 【記入例】

## 相 続 書

|                      |        |   |         |   |  |  |  |  |
|----------------------|--------|---|---------|---|--|--|--|--|
| 医療<br>保険<br>介護<br>保険 | 保険者番号  | 3 | 別紙5(裏面) |   |  |  |  |  |
|                      | 被保険者番号 |   |         |   |  |  |  |  |
|                      | 保険者番号  |   | 3       | 5 |  |  |  |  |
|                      | 被保険者番号 |   |         |   |  |  |  |  |

令和 年 月 日

(あて先) 山口県後期高齢者医療広域連合長 様  
市町長 様

**亡くなられた方のお名前を書いてください。**

(氏名) 広城 花子 に関わる { 後期高齢者医療  
高額医療合算介護(予防)サービス費(介護保険制度※)  
生年月日 明・大・昭 年 月 日

に係る債権(支給金)、債務(保険料)※については、本人が 令和〇年〇月〇日

に死亡したため、私が代表相続人となり

なお、上記債権・債務は私が相続し  
ことを確約しますが、万一、他の相続  
し、私が一切の責任を負うものとしま

代表相続人

〒750-0000

住所 山口市大手町9-11

氏名 山口 太郎

被保険者との続柄 配偶者 ・ 子 ・ その他 ( )

**相続権のある方を書いてください。**

- ・配偶者(夫・妻)
- ・子(養子を含む。)
- ・その他(兄弟姉妹、甥、姪  
など、三親等内の血族)

※相続権のない例

- ・いとこ
- ・子の妻

| 振込先<br>指定口座     | 金融機関 |    | 支店名                   |    |    |    | 種別  |    |    |        |  |
|-----------------|------|----|-----------------------|----|----|----|-----|----|----|--------|--|
|                 | ゆうちょ | 銀行 | 信用金庫<br>農協・漁協<br>信用組合 | 本店 | 支店 | 支所 | 出張所 | 普通 | 当座 | その他( ) |  |
| 口座番号(7桁)        |      | 1  | 1                     | 1  | 1  | 1  | 1   | 1  |    |        |  |
| 口座名義人<br>(カタカナ) | ヤ    | マ  | グ                     | チ  | タ  | ロ  | ウ   |    |    |        |  |

**必ずカタカナで書いてください。**

**被保険者の方と住民票上の世帯が異なる場合は、相続関係が確認できる2, 3, 4のいずれかの書類の添付が必要となります。**

- 1 (住民基本台帳・住民票)で確認
- 2 戸籍抄本・謄本等の写し
- 3 遺言書による相続人の場合は遺言書の写し
- 4 その他( )

担当

添えて広域連合に送付すること

が異なります。

# 業務仕様書

- 印刷封筒の種類  
窓空き封筒  
洋形4号封筒 (サイズ: 110mm×235mm)  
茶色 厚さ85g/m<sup>2</sup> アラビアのり付き  
窓空き部 グラシン
- 予定印刷枚数 14,500枚 (アラビアのり付き) ※封入封緘用  
3,100枚 (アラビアのり付き)
- 印刷内容は下記のとおりとし、黒一色刷りによる
- 納入場所 山口市大手町9番11号 山口県自治会館4階  
山口県後期高齢者医療広域連合事務局

窓空き封筒  
洋形4号封筒 (サイズ: 110mm×235mm)  
茶色 厚さ85g/m<sup>2</sup> アドへのり付き  
窓空き部 グラシン

