

機能説明書	後期高齢者医療広域連合電算処理 システム	資格	サブシステム	プロセス		作成日	修正日	担当
	ID	ID	ID	ID				

処理名	基準収入額適用申請のお知らせ
	<p>○ 基準収入額適用申請のお知らせを印刷依頼する際の業者様にお渡しする情報について</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 基準収入額適用申請のお知らせデータ(csvファイル)の出力項目のデータレイアウト。 別紙参照 2. 基準収入額適用申請のお知らせデータ(csvファイル)外字あり分と外字なし分の2ファイル。 ファイル名 HKRKAM5100_HA51R002_1.csv(外字なし) HKRKAM5100_HA51R002_2.csv(外字あり) <ul style="list-style-type: none"> ○ データはコード体系UTF-8で作成されます。 ○ 項目はダブルクォーテーション(")で囲まれています。 ○ それぞれの項目はカンマ(,)で区切られています。 ○ データの先頭にタイトルのデータが設定されています。(出力する項目に該当する項目IDが設定されます。) 3. 外字パターンファイル1ファイル ファイル名 KAJO_JM.TTE

印刷用提供データファイルレイアウト

No.	項目名	項目記号名	備考
1	文書番号	DOC-BNG	
2	宛名郵便番号	ATN-ZIP-CD	
3	宛名住所1 (漢字)	ATN-AD1-KJ	
4	宛名住所2 (漢字)	ATN-AD2-KJ	
5	宛名住所3 (漢字)	ATN-AD3-KJ	
6	宛名住所4 (漢字)	ATN-AD4-KJ	
7	宛名住所5 (漢字)	ATN-AD5-KJ	
8	宛名氏名1 (漢字)	ATN-SHM-KJ1	スペース1文字+『様』
9	宛名氏名2 (漢字)	ATN-SHM-KJ2	スペース1文字+『様』
10	宛名氏名3 (漢字)	ATN-SHM-KJ3	スペース1文字+『様』
11	宛名カスタマーコード	ATN-KSTMB-CODE	
12	作成日一年号	SKSI-NGO	
13	作成日一年	SKSI-YY	
14	作成日一月	SKSI-MM	
15	作成日一日	SKSI-DD	
16	広域連合名	KIK-RNG-NM-KJ	
17	方書き2	KATGK2-NM-KJ	
18	方書き1	KATGK1-NM-KJ	
19	連合長名	SHCH-NM-KJ	
20	公印パスファイル名	KIF-NM-AL	
21	被保険者番号1	HHS-BNG1	
22	被保険者番号2	HHS-BNG2	
23	被保険者番号3	HHS-BNG3	
24	氏名1 (漢字) 全角20桁	HHS-SHMKJ1	TA01~03
25	氏名2 (漢字) 全角20桁	HHS-SHMKJ2	TA01~03
26	氏名3 (漢字) 全角20桁	HHS-SHMKJ3	TA01~03
27	郵便番号	ZIPCD	TA01~03
28	住所 (都道府県名)	TDFK-NMKJ	TA01~03
29	住所 (市町村名)	STS-NMKJ	TA01~03
30	住所 全角60桁	ADDR-KJ	TA01~03
31	生年月日1	BRTH-YMD-WAKJ1	TA01~03 (和暦)
32	生年月日2	BRTH-YMD-WAKJ2	TA01~03 (和暦)
33	生年月日3	BRTH-YMD-WAKJ3	TA01~03 (和暦)
34	世帯番号	STI-BNG	TA01~03
35	負担割合	FTN-WRI-KJ	
36	年齢1	STI-1-NNR	
37	年度	STI-NND	
38	負担割合判定開始年月日	FTN-WRI-START-YMD	
39	文言1	MSG-1-KJ	
40	文言2	MSG-2-KJ	
41	年齢2	STI-2-NNR	
42	申請期限年月日	SNSI-KGN-YMD	
43	文言3	MSG-3-KJ	
44	文言4	MSG-4-KJ	
45	文言5	MSG-5-KJ	
46	文言6	MSG-6-KJ	
47	文言7	MSG-7-KJ	
48	自治体問合せ先 (漢字)	JTTI-TIAWS-SK-KJ	
49	自治体郵便番号	JTTI-ZIPCD	
50	自治体住所 (漢字)	JTTI-JS-KJ	
51	自治体電話番号	JTTI-TELNO	
52	地方自治体コード	THKDT-CD	
53	システム日付	SYS-DATE	
54	抜取番号1 6桁	NKTR-BNG1	
55	抜取番号2 6桁	NKTR-BNG2	
56	抜取番号3 6桁	NKTR-BNG3	
57	桁あふれ・未登録外字フラグ24	FLG-MIGA-24	
58	桁あふれ・未登録外字フラグ25	FLG-MIGA-25	
59	桁あふれ・未登録外字フラグ26	FLG-MIGA-26	
60	桁あふれ・未登録外字フラグ30	FLG-MIGA-30	
61	人数オーバーフラグ	FLG-MAX-OVER	
62	作成日	SKSI-YMD	

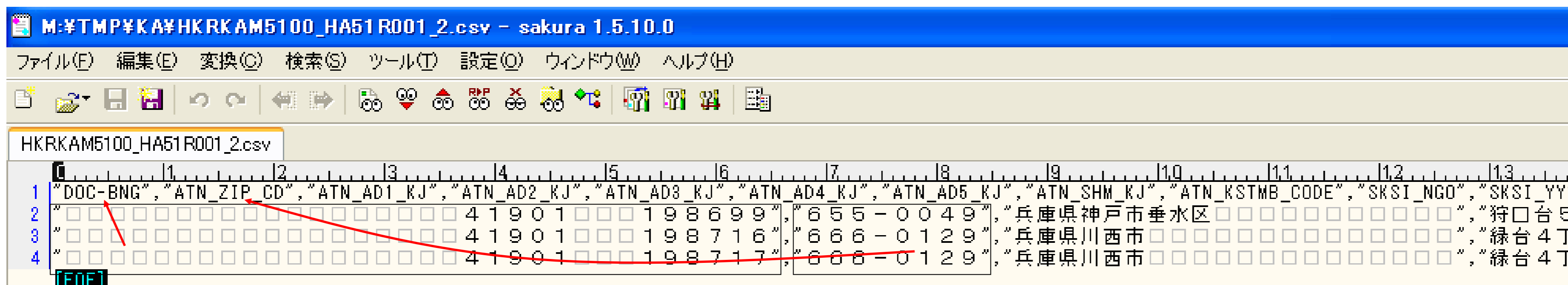
データレイアウト	後期高齢者医療広域連合電算処理 システム	資格	サブシステム	プロセス	作成日	修正日	担当
	ID	ID	ID	ID			

テーブル名	基準収入額適用申請のお知らせ	テーブルID		コード体系	UTF-8
-------	----------------	--------	--	-------	-------

データの設定について

- データはコード体系UTF-8で作成されます。
- 項目はダブルクォーテーション(“)で囲まれています。
- それぞれの項目はカンマ(,)で区切られています。
- データの先頭にタイトルのデータが設定されています。(出力する項目に該当する項目IDが設定されます。)

以下の図は実際のcsvファイルをエディタで表示したものです。



各市町封筒必要数見込み(H30年度用)

単位:枚

<別紙資料2>

No.	市町名	郵送用封筒		返信用封筒	
		日次、 月次分	年次分	市町納品用	
				日次・月次分	年次分
1	神戸市				
	東灘区	150	490	150	570
	灘区	100	250	100	290
	兵庫区	50	150	50	180
	長田区	50	160	50	190
	須磨区	50	170	50	200
	垂水区	200	550	200	650
	北区	150	450	150	530
	中央区	100	220	100	260
	西区	150	380	150	450
	北須磨	100	220	100	260
2	姫路市	250	790	250	930
3	尼崎市	200	630	200	740
4	明石市	150	470	150	550
5	西宮市	300	970	300	1,150
6	洲本市	50	80	50	90
7	芦屋市	100	330	100	390
8	伊丹市	150	410	150	480
9	相生市	50	50	50	60
10	豊岡市	50	110	50	130
11	加古川市	150	390	150	460
12	赤穂市	50	90	50	100
13	西脇市	50	40	50	50
14	宝塚市	250	740	250	870
15	三木市	50	150	50	180
16	高砂市	50	130	50	160
17	川西市	200	600	200	690
18	小野市	50	40	50	50
19	三田市	50	170	50	200
20	加西市	50	60	50	70
21	篠山市	50	60	50	70
22	養父市	50	40	50	40
23	丹波市	50	70	50	90
24	南あわじ市	50	70	50	90
25	朝来市	50	30	50	40
26	淡路市	50	80	50	100
27	宍粟市	50	40	50	50
28	加東市	50	40	50	50
29	たつの市	50	110	50	120
30	猪名川町	50	80	50	90
31	多可町	50	20	50	20
32	稲美町	50	40	50	50
33	播磨町	50	40	50	50
34	市川町	50	20	50	20
35	福崎町	50	30	50	30
36	神河町	50	10	50	10
37	太子町	50	40	50	50
38	上郡町	50	20	50	30
39	佐用町	50	20	50	20
40	香美町	50	30	50	30
41	新温泉町	50	20	50	20
	広域連合	500	500	500	500
	小計	4,900	10,700	4,900	12,500
	合計	15,600		17,400	

	郵送用	返信用		郵送用 返信用
年次合計	10,700	12,500	日次・月次合計	各 4,900

保険者番号	保険者名	納品先住所	納品先担当課名	納品先電話番号
39281019	東灘区	神戸市東灘区住吉東町5丁目2番1号	東灘区役所 保険年金医療課	078-841-4131(代)
39281027	灘区	神戸市灘区桜口町4丁目2番1号	灘区役所 保険年金医療課	078-843-7001(代)
39281050	兵庫区	神戸市兵庫区荒田町1丁目2番1号	兵庫区役所 保険年金医療課	078-511-2111(代)
39281068	長田区	神戸市長田区北町3丁目4番地の3	長田区役所 保険年金医療課	078-579-2311(代)
39281076	須磨区	神戸市須磨区大黒町4丁目1番1号	須磨区役所 保険年金医療課	078-731-4341(代)
39281084	垂水区	神戸市垂水区日向1丁目5番1号	垂水区役所 保険年金医療課	078-708-5151(代)
39281092	北区	神戸市北区鈴蘭台西町1丁目2番1号	北区役所 保険年金医療課	078-593-1111(代)
39281100	中央区	神戸市中央区雲井通5丁目1番1号	中央区役所 保険年金医療課	078-232-4411(代)
39281118	西区	神戸市西区玉津町小山字川端180番地の3	西区役所 保険年金医療課	078-929-0001(代)
39281209	北須磨支所	神戸市須磨区中落合2丁目2番5号	北須磨支所 市民課	078-793-1212(代)
39282017	姫路市	姫路市安田4丁目1番地	後期高齢者医療保険課	079-221-2315
39282025	尼崎市	尼崎市東七松町1丁目2番1号	後期高齢者医療制度担当	06-6489-6836
39282033	明石市	明石市中崎1丁目5番1号	長寿医療課	078-918-5165
39282041	西宮市	西宮市六湛寺町10番3号	高齢者医療保険課	0798-35-3192
39282058	洲本市	洲本市本町3丁目4番10号	保険課	0799-24-7608
39282066	芦屋市	芦屋市精道町7番6号	保険課	0797-38-2037
39282074	伊丹市	伊丹市千僧1丁目1番地	後期医療福祉課	072-784-8041
39282082	相生市	相生市旭1丁目1番3号	市民課	0791-23-7154
39282090	豊岡市	豊岡市中央町2番4号	市民課	0796-23-1111
39282108	加古川市	加古川市加古川町北在家2000番地	国民健康保険課	079-427-9388
39282124	赤穂市	赤穂市加里屋81番地	医療介護課	0791-43-6813
39282132	西脇市	西脇市郷瀬町605番地	保険医療課	0795-22-3111
39282140	宝塚市	宝塚市東洋町1番1号	医療助成課	0797-77-9103
39282157	三木市	三木市上の丸町10番30号	医療保険課	0794-82-2000(代)
39282165	高砂市	高砂市荒井町千鳥1丁目1番1号	国保医療課	079-443-9021
39282173	川西市	川西市中央町12番1号	医療助成・年金課	072-740-1108
39282181	小野市	小野市王子町806番地の1	市民課	0794-63-1469

保険者番号	保険者名	納品先住所	納品先担当課名	納品先電話番号
39282199	三田市	三田市三輪2丁目1番1号	国保医療課	079-559-5049
39282207	加西市	加西市北条町横尾1000番地	国保医療課	0790-42-8721
39282215	篠山市	篠山市北新町41番地	医療保険課	079-552-7103
39282223	養父市	養父市八鹿町八鹿1675	保険医療課	079-662-3165
39282231	丹波市	丹波市氷上町常楽211番地	国保・医療課	0795-82-6690
39282249	南あわじ市	南あわじ市市善光寺22番地1	*組織改正予定のため課名未定	*組織改正予定のため電話番号未定
39282256	朝来市	朝来市和田山町東谷213番地1	市民課	079-672-6120
39282264	淡路市	淡路市生穂新島8番地	福祉総務課	0799-64-2509
39282272	宍粟市	宍粟市山崎町中広瀬133番地6	市民課	0790-63-3108
39282280	加東市	加東市社50番地	保険・医療課	0795-43-0501
39282298	たつの市	たつの市龍野町富永1005番地1	国保医療年金課	0791-64-3240
39283015	猪名川町	川辺郡猪名川町上野字北畑11-1	住民保険課	072-766-8700
39283650	多可町	多可郡多可町中区中村町123番地	住民課	0795-32-2383
39283817	稲美町	加古郡稲美町国岡1丁目1番地	地域福祉課	079-492-9136
39283825	播磨町	加古郡播磨町東本荘1丁目5番30号	保険年金グループ	079-435-2581
39284427	市川町	神崎郡市川町西川辺165-3	健康福祉課	0790-26-1013
39284435	福崎町	神崎郡福崎町南田原3116番地の1	健康福祉課	0790-22-0560
39284468	神河町	神崎郡神河町寺前64番地	住民生活課	0790-34-0962
39284641	太子町	揖保郡太子町鶴280-1	町民課	079-277-1012
39284815	上郡町	赤穂郡上郡町大持278番地	健康福祉課	0791-52-1152
39285010	佐用町	佐用郡佐用町佐用2611番地1	住民課	0790-82-0660
39285853	香美町	美方郡香美町香住区香住870-1	健康課	0796-36-1114
39285861	新温泉町	美方郡新温泉町浜坂2673-1	健康健康福祉課	0796-82-5620

平成30年6月25日

〒《宛名郵便番号》
 《宛名住所1 (漢字)》
 《宛名住所2 (漢字)》
 《宛名住所3 (漢字)》
 《宛名住所4 (漢字)》
 《宛名氏名1 (漢字)》
 《宛名氏名2 (漢字)》
 《宛名氏名3 (漢字)》
 《宛名カスタマーバーコード》
 < 《抜取番号1》 / 《抜取番号2》 / 《抜取番号3》 >

《》の部分は、印刷用データのファイルレイアウトの項目名であり、印字を行なう。印字位置はそれぞれ様式2の郵送用封筒（年次用）の窓1、窓2に十分入るように調整すること。カスタマーバーコードは宛名郵便番号・宛名住所をもとに作成し、日本郵便が指定する範囲内に収まるようにしてください。

《自治体問合せ先 (漢字)》

〒《自治体郵便番号》
 住所：《自治体住所 (漢字)》

電話：《自治体電話番号》

後期高齢者医療基準収入額適用申請のお知らせ

後期高齢者医療被保険者の皆様には、所得等の状況に応じて、医療機関で受診される際に医療費の1割又は3割の負担をお願いしております。

今回、あなた、又は同一世帯の後期高齢者医療被保険者の平成30年度(平成29年1月1日～平成29年12月31日)の住民税課税所得額が基準額(145万円)以上のため、平成30年8月からの負担割合が3割と判定されました。

ただし、同一世帯の後期高齢者医療被保険者や70歳以上75歳未満の方との収入合計額が裏面《負担割合の判定について》の額に満たない場合は、申請されますと負担割合が1割に変更されます。

裏面及び「基準収入額適用申請書記入時の注意点」の内容をご覧ください、該当される場合には、同封の「基準収入額適用申請書」に必要事項をご記入の上、関係書類（申請書の(注)欄を参照）を添えて、

平成30年7月6日(金)まで(郵送の場合は必着)

に上記窓口へ申請してください。

なお、7月8日以降も、申請書は随時受け付け致しますが、その場合、一旦3割の保険証がお手元に届く場合がありますので、申請書が送付され次第、なるべくお早めの提出をお願いします。

また、申請期限の平成30年7月31日(火)まで(郵送の場合は消印有効)に申請された場合は、8月1日から1割の負担となります。

8月1日以降に申請された場合は、申請月の翌月から1割(申請月までは3割)の負担となりますので、ご注意ください。

例：8月中の申請の場合は、8月は「3割」、9月から「1割」の負担となります。

届出者名	《》の部分は、印刷用データのファイルレイアウトの項目となっており、それぞれ枠内に入るよう印字を行なってください（別紙資料1参照）。	本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号	《被保険者番号1》	《被保険者番号2》	《被保険者番号3》
フリガナ			
氏名	《氏名1（漢字）》	《氏名2（漢字）》	《氏名3（漢字）》
住所	〒《郵便番号》 《住所（都道府県名）》《住所（市町村名）》《住所》 電話（ ） -		
生年月日	年月日《生年月日1》	年月日《生年月日2》	年月日《生年月日3》
平成28年中の収入	公的年金 （老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等）	円	円
	給与 （パート収入等含）	円	円
	年金・給与以外の収入 （ ）収入	円	円
	合計	円	円

(注) ・住民税が課税されている、いないにかかわらず、ご本人及び同じ世帯におられる70歳以上の人（65歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている人も含む）全員について、それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。
 ・退職金及び公租公課の対象とならない収入（障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、災害弔慰金など）は記入する必要はありません。
 ・申請書の提出時には、収入を確認できる書類（確定申告書の写し等）を添付してください。
 ただし、平成30年1月1日において当市（区）町に住所がある人で、かつ、公的年金収入、給与収入のみの方は、収入を確認できる書類の添付は不要です。（申請書の提出は必要です。）
 ・虚偽の申請に基づき取得した被保険者証により受診された場合には、刑法上の詐欺罪にあたるとともに、不正行為の受給として広域連合が給付額の一部を徴収することもありますのでご注意ください。

平成30年7月6日までの申請にご協力ください

申請期限は平成30年7月31日（郵送の場合は7月31日消印有効）です。

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の負担区分判定に係る収入額を申請します。

平成 年 月 日

(申請者) 氏名 ㊟
 氏名 ㊟
 氏名 ㊟

※ 同一世帯におられる被保険者及び70歳以上の方全員の署名・押印をお願いします。

-----以下、市(区)町記入欄-----

受付	H 年 月 日 受付者 ()	収入 確認	H 年 月 日 / 確認書類名 確認者 () ()	公簿	判定	(基・特 / 却下) 適用開始日 ()
----	--------------------	----------	--------------------------------	----	----	-------------------------