

○おいらせ町国民健康保険条例施行規則

平成18年3月1日

規則第79号

改正 平成18年9月11日規則第151号

平成19年4月1日規則第29号

平成20年3月18日規則第9号

平成20年12月12日規則第31号

平成21年7月30日規則第12号

平成26年3月31日規則第13号

平成26年12月16日規則第30号

平成27年12月28日規則第25号

平成28年3月31日規則第17号

平成29年12月13日規則第31号

平成30年9月14日規則第27号

平成31年2月5日規則第1号

令和2年5月15日規則第20号

令和2年9月30日規則第34号

令和2年12月28日規則第37号

令和3年3月31日規則第11号

令和3年6月22日規則第17号

令和3年9月17日規則第21号

令和3年12月10日規則第24号

令和3年12月20日規則第25号

令和4年3月15日規則第6号

令和4年6月14日規則第13号

令和4年7月5日規則第16号

令和4年9月26日規則第17号

令和4年12月22日規則第23号

(趣旨)

第1条 おいらせ町国民健康保険の施行については、法令及びおいらせ町国民健康保険条例（平成18年おいらせ町条例第113号。以下「条例」という。）の規定によるもののほ

か、この規則の定めるところによる。

(療養費の支給申請)

第2条 被保険者の属する世帯の世帯主（以下「世帯主」という。）が、国民健康保険法施行規則（昭和33年厚生省令第53号。以下「規則」という。）第27条第1項の規定による療養費の支給申請をするときは、国民健康保険療養費支給申請書（様式第1号）により行うものとし、国民健康保険診療報酬明細書を用いた診療の明細書及び領収書を証拠書類として添付しなければならない。ただし、国民健康保険診療報酬明細書を用いた診療の明細書によることができないものについては、これに準ずる診療の明細書をもってこれに代えることができる。

(特定疾病に係る認定申請)

第3条 世帯主が規則第27条の13第1項の規定による特定疾病の認定申請をするときは、国民健康保険特定疾病認定申請書（様式第2号）により行うものとする。

(移送費の支給申請)

第4条 世帯主が、規則第27条の11の規定による移送費の支給申請をするときは、国民健康保険移送費支給申請書（様式第3号）により行うものとする。

(出産育児一時金の支給申請)

第5条 世帯主が、条例第6条の規定による出産育児一時金の支給を受けようとするときは、国民健康保険出産育児一時金支給申請書（様式第4号）を提出しなければならない。

2 前項の申請書を提出するときは、医師又は助産師による妊娠12週以上の出産（死産又は流産等を含む）の事実を証する書類を添えなければならない。ただし、出生の届出があったと認められるときは、医師又は助産師による出産の事実を証する書類を添えることを要しない。

3 条例第6条に規定する出産育児一時金は、健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第36条ただし書に規定する出産であると認められるときは、1万2千円を加算する。

(葬祭費の支給申請)

第6条 葬祭を行う者が、条例第7条の規定による葬祭費の支給を受けようとするときは、国民健康保険葬祭費支給申請書（様式第5号）を提出しなければならない。

(高額療養費の支給申請)

第7条 世帯主が、規則第27条の16の規定による高額療養費の支給申請をするときは、国

民健康保険高額療養費支給申請書（様式第6号）により行うものとする。

2 世帯主が、規則第27条の17の2及び規則第27条の17の3高額療養費（外来年間合算）の支給を受けようとするときは、国民健康保険高額療養費（外来年間合算）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書（様式第6号の2）により行うものとする。

（高額介護合算療養費の支給申請）

第7条の2 世帯主が、規則第27条の26に規定する高額介護合算療養費の支給を受けようとするときは、高額介護合算療養費等支給申請書（様式第6号の3）により行うものとする。

（標準負担額の減額に関する認定申請）

第8条 世帯主が、規則第26条の3第1項に規定する食事療養費に係る標準負担額減額の認定を受けようとするときは、国民健康保険標準負担額減額認定申請書（様式第7号）を提出しなければならない。

（標準負担額の減額に関する認定証の交付等）

第9条 町長が、前条による認定の適否を決定したときは、速やかに当該世帯主に対し規則で定める国民健康保険標準負担額減額認定証を交付し、又は国民健康保険食事療養標準負担額減額認定申請却下通知書（様式第8号）をもって通知しなければならない。

（標準負担額の減額に関する差額支給申請等）

第10条 世帯主が、規則第26条の5第2項に規定する食事療養費に係る減額の特例の適用を受けようとするときは、国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書（様式第9号）を提出しなければならない。

（標準負担額の減額に関する差額不支給通知）

第11条 町長が、前条による標準負担額減額の特例に該当しないと認めるときは、当該世帯主に対し、国民健康保険食事療養標準負担額減額差額不支給通知書（様式第8号）をもって通知しなければならない。

（妊産婦に係る認定の申請）

第12条 条例第5条第2項に規定する妊婦及び産婦（以下「妊産婦」という。）に対する保険給付を受けようとする者は、妊産婦医療費受給資格認定申請書（様式第10号）に被保険者証及び母子手帳を添えて町長に提出しなければならない。

（妊産婦資格証の交付等）

第13条 条例第5条第2項の規定により保険給付を受ける妊産婦の属する世帯の世帯主に対し、妊産婦十割給付資格証（様式第11号。以下「妊産婦資格証」という。）を交付す

るものとする。

- 2 妊産婦が保険医療機関又は保険薬局において入院以外に係る療養の給付を受けようとするときは、当該保険医療機関又は保険薬局に妊産婦資格証を提示しなければならない。

(妊産婦資格証の返還)

第14条 妊産婦が、町が行う国民健康保険の被保険者でなくなったときは、妊産婦資格証を速やかに町長に返還しなければならない。

(妊産婦資格証の再交付)

第15条 妊産婦資格証を損傷し、又は紛失したときは、妊産婦十割給付資格証再交付申請書(様式第12号)を速やかに町長に提出してその再交付を受けなければならない。

- 2 妊産婦資格証を損傷したことにより再交付を受けようとするときは、前項の申請書に当該妊産婦資格証を添えなければならない。

(第三者の行為による被害の届出)

第16条 世帯主が、規則第32条の6の規定による第三者の行為による被害の届出をするときは、第三者行為による被害届(様式第13号)によらなければならない。

(新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金の支給)

第17条 条例附則第5項の規定による傷病手当金の支給を受けようとする世帯主は、国民健康保険傷病手当金支給申請書(様式第14号)を町長に提出しなければならない。

- 2 町長は、前項の申請書を受理したときは、その内容を審査し、傷病手当金(支給・不支給)決定通知書(様式第15号)により申請者に通知するものとする。

(傷病手当金の支給を始める日)

第18条 おいらせ町国民健康保険条例の一部を改正する条例(令和2年おいらせ町条例第16号)附則の規則で定める日は、令和5年3月31日とする。

附 則

この規則は、平成18年3月1日から施行する。

附 則(平成18年9月11日規則第151号)

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

附 則(平成19年4月1日規則第29号)

この規則は、平成19年4月1日から施行する。

附 則(平成20年3月18日規則第9号)

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成20年12月12日規則第31号）

この規則は、平成21年1月1日から施行する。

附 則（平成21年7月30日規則第12号）

この規則は、平成21年8月1日から施行する。

附 則（平成26年3月31日規則第13号）

この規則は、平成26年4月1日から施行する。

附 則（平成26年12月16日規則第30号）

（施行期日）

第1条 この規則は、平成27年1月1日から施行する。

（経過措置）

第2条 施行日前に出産した被保険者に係る加算額については、なお従前の例による。

附 則（平成27年12月28日規則第25号）抄

（施行期日）

第1条 この規則は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号。以下「番号法」という。）附則第1条第4号に掲げる規定の施行の日（平成28年1月1日）から施行する。

（おいらせ町国民健康保険条例施行規則の一部改正に伴う経過措置）

第8条 この規則の施行の際、第7条の規定による改正前のおいらせ町国民健康保険条例施行規則の様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（平成28年3月31日規則第17号）

（施行期日）

1 この規則は、行政不服審査法（平成26年法律第68号）の施行の日（平成28年4月1日）から施行する。

（経過措置）

2 行政庁の処分その他の行為又は不作為についての不服申立てに関する手続であってこの規則の施行前にされた行政庁の処分その他の行為又はこの規則の施行前にされた申請に係る行政庁の不作為に係るものについては、なお従前の例による。

3 この規則の施行の際、第5条の規定による改正前のおいらせ町子ども・子育て支援法施行細則、第6条の規定による改正前のおいらせ町保育所における保育の利用に関する規則、第7条の規定による改正前のおいらせ町児童手当事務処理規則、第8条の規定に

よる改正前のおいらせ町ひとり親家庭等医療費給付条例施行規則、第9条の規定による改正前のおいらせ町乳幼児医療費給付条例施行規則、第10条の規定による改正前のおいらせ町子ども手当事務処理規則、第11条の規定による改正前のおいらせ町多子出産祝金支給条例施行規則、第12条の規定による改正前のおいらせ町老人福祉法施行細則、第13条の規定による改正前のおいらせ町老人医療事務取扱規則、第14条の規定による改正前のおいらせ町重度心身障害者医療費助成条例施行規則、第15条の規定による改正前のおいらせ町国民健康保険条例施行規則、第16条の規定による改正前のおいらせ町介護保険条例施行規則、第17条の規定による改正前のおいらせ町母子保健法施行細則、第19条の規定による改正前のおいらせ町下水道事業受益者分担金に関する条例施行規則、第20条の規定による改正前のおいらせ町都市計画下水道事業受益者負担金に関する条例施行規則、第21条の規定による改正前のおいらせ町農業集落排水事業分担金徴収条例施行規則及び第22条の規定による改正前のおいらせ町地域の元気再生定住促進条例施行規則に規定する様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（平成29年12月13日規則第31号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成30年9月14日規則第27号）

この規則は、平成30年10月1日から施行する。

附 則（平成31年2月5日規則第1号）

この規則は、公布の日から施行し、平成30年8月1日から適用する。

附 則（令和2年5月15日規則第20号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和2年9月30日規則第34号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和2年12月28日規則第37号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和3年3月31日規則第11号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和3年6月22日規則第17号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和3年9月17日規則第21号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和3年12月10日規則第24号）

（施行期日）

1 この規則は、令和4年1月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の前に出産した被保険者に係る改正前のおいらせ町国民健康保険条例施行規則の規定による出産育児一時金の額については、なお従前の例による。

附 則（令和3年12月20日規則第25号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和4年3月15日規則第6号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和4年6月14日規則第13号）

この規則は、令和4年6月20日から施行する。

附 則（令和4年7月5日規則第16号）

この規則は、令和4年8月1日から施行する。

附 則（令和4年9月26日規則第17号）

この規則は、令和4年9月26日から施行する。

附 則（令和4年12月22日規則第23号）

この規則は、令和4年12月26日から施行する。

様式第1号(第2条関係)

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証記号・番号	—	( 年 月診療分)
被 保 険 者 氏 名		年 月 日生 ( 歳)
被 保 険 者 個 人 番 号		
被 保 険 者 証 の 資 格 区 分	1 一般 2 退職本人 3 退職被扶養者 4 乳幼児	
前 期 高 齢 者 該 当	1 該当 2 非該当	
傷 病 名		
療養を受けた病院名等		
療 養 を 受 け た 期 間	年 月 日から	日間
	年 月 日まで	
療 養 に 要 し た 費 用	円	
療養を受けることができなかった理由	1 給付外 2 その他( )	
療養費については、下記の口座に振込願います。		
口 座 銀 行 名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・支店 本所・支所
口 座 種 目	1 普通預金 2 当座預金 3 その他( )	
口 座 番 号		
口 座 名 義 人		
年 月 日		
上記のとおり申請します。		
おいらせ町長 様		
住 所 おいらせ町 _____		
世帯主 氏 名 _____		
電話番号 _____		



様式第2号(第3条関係)

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証記号番号		—		
認定対象者	氏名			
	生年月日	年	月	日
	個人番号			
認定対象者の国保資格区分		1 一般 2 退職本人 3 退職被扶養者		
疾病名		1 血友病		
		2 人工腎臓を実施している慢性腎不全		
		3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		
<p>医師の意見欄</p> <p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>名 称 _____</p> <p>医療機関所在地 _____</p> <p>医 師 名 _____ ㊦</p> <p>年 月 日</p>				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>おいらせ町長 様</p> <p>住 所おいらせ町 _____</p> <p>世帯主 氏 名 _____</p> <p>個人番号 _____</p> <p>電話番号 _____</p>				

様式第3号(第4条関係)

国民健康保険移送費支給申請書

被保険者記号番号 —		被保険者氏名 年 月 日生 男・女	
資格区分	一般・退職(本・扶)	個人番号	
傷病名			
発病又は負傷年月日 年 月 日		入院年月日 年 月 日	
移送年月日 年 月 日		移送に要した費用額	
移送期間		移送方法 円	
移送を必要とする理由 年 月 日			
上記の理由で移送の必要を認めます。 名称 _____ 医療機関所在地 _____ 医師名 _____ (印)			
支払については、下記口座に振込してください。			
口座銀行名	銀行・信用金庫 本店・支店 農協・信用組合 本所・支所		
口座種目	1 普通預金 2 当座預金 3 その他( )		
口座番号			
口座名義人			
おいらせ町長 様		年 月 日	
世帯主		住 所おいらせ町 _____ 氏 名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 _____	

※太枠線は医療機関に記入してもらってください。

様式第4号(第5条関係)

出産育児一時金支給申請書

1 被保険者証記号番号	お	—	2 世帯主氏名		
3 分娩者氏名			4 世帯主との続柄		
5 出生児氏名			6 分娩年月日	年 月 日	
7 性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	8 妊娠週数(死産の場合)	週	
9 確認年月日及び確認者		年 月 日	確認者		
10 出産育児一時金 申請金額			受領委任払取扱機関振込金額	円	
			申請者振込金額	円	
			窓口払金額	円	
上記により出産育児一時金の支給を申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 電話番号					
振 込 先	受領委任払取 扱機関振込先	銀行・信用組合・農協・信用金庫			本・支店
		普通・当座	No.	口座名義人	
	申請者振込先	銀行・信用組合・農協・信用金庫			本・支店
		普通・当座	No.	口座名義人	

様式第5号(第6条関係)

葬 祭 費 支 給 申 請 書

1 被保険者証記号番号		2 世帯主氏名	
3 死亡者氏名		4 死亡年月日	
5 葬祭執行者氏名		6 死亡者との続柄	
7 葬祭執行年月日	年 月 日		
8 確認年月日及び確認者	年 月 日	確認者	
9 申請金額	¥50,000円		
上記により葬祭費の支給を申請します。 年 月 日 <div style="text-align: right;">                     申請者 住 所                      氏 名                      電話番号                 </div> まいらせ町長			
口座振込希望の有無	1 有(振込口座番号を記載してください) 2 無(窓口支払を希望します。)		
振込口座番号等	銀行・信用組合・信用金庫・農協		本店・支店
			本所・支所
	口座種類	普通・当座	口座番号
			名義人氏名

国民健康保険高額療養費支給申請書

( 年 月診療分)

記号番号	—	種別	世帯合算・長期高額疾病 多数該当・その他	課税状況	上位所得(ア・イ) 課税(ウ・エ) 非課税(オ)	円
前期高齢者該当時の適用区分及び限度額	一定以上所得入院・外来			一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ	円	
被保険者	氏名					
	生年月日	年 月 日生( 歳)		年 月 日生( 歳)		
	個人番号					
一般・退職者の別	一般・退職(本人・被扶養者)		一般・退職(本人・被扶養者)			
傷病名						
療養を受けた病院名等						
療養を受けた期間・回数						
病院で支払った額				円	円	
合計額						
以前12箇月間で高額療養費が支給された月	年 月分		年 月分			
	年 月分		年 月分			
支払については、下記口座に振込してください。						
口座銀行名	銀行・信用金庫 農協・信用組合			本店・支店 本所・支所		
口座種目	1 普通預金 2 当座預金 3 その他( )					
口座番号						
口座名義人						
年 月 日						
上記のとおり申請します。 おいらせ町長 様						
住 所おいらせ町						
氏 名						
世帯主 個人番号						
電話番号						

(単位：円)

	費用額	保険者負担額	一部負担金	公費	窓口負担額	限度額	支給額
計							

国民健康保険 高齢者費(外米年間合算)支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

(保険者記入欄) 支給申請書整理番号

申請対象年度	年度	計算期間の始期及び終期	年 月 日から 年 月 日まで		枚中	枚目
フリガナ	保険者等名称		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号	
世帯主氏名	1	年 月 日から	年 月 日まで			
生年月日	年 月 日生	性別	2	年 月 日から	年 月 日まで	
記号・番号	個人番号	3	年 月 日から	年 月 日まで		
加入期間	年 月 日から	年 月 日まで	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称			
支給方法	振込口座 (銀行・支店コード)	銀行 信用金庫 農協	本店	普通預金 当座預金 その他	口座番号	フリガナ 口座名義人
フリガナ	保険者等名称		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号	
世帯主氏名	1	年 月 日から	年 月 日まで			
生年月日	年 月 日生	性別	2	年 月 日から	年 月 日まで	
記号・番号	個人番号	3	年 月 日から	年 月 日まで		
加入期間	年 月 日から	年 月 日まで	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称			
フリガナ	保険者等名称		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号	
世帯主氏名	1	年 月 日から	年 月 日まで			
生年月日	年 月 日生	性別	2	年 月 日から	年 月 日まで	
記号・番号	個人番号	3	年 月 日から	年 月 日まで		
加入期間	年 月 日から	年 月 日まで	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称			
①外米年間合算の支給を申請します。			申請者			
②自己負担額証明書の交付を申請します。			住所			
年 月 日			氏名			
お住まいの住所			電話番号			

様式第6号(2)(第2条の2関係)

高齢者総合保障費等支給申請書(自己負担額証明書交付申請書)

(保険年度記入欄) 支給申請年度番号

申請年度		年度		申請区分		1. 初回		2. 変更		3. 再交付			
氏名				生年月日		年		月		日		性別	
加入番号												計算期間の始期及び終期	
				年		月		-		年		月	

国民健康保険自費負担額			
保険者番号	被保険者証番号	被保険者証番号	納付
			1. 世帯主
			2. 継嗣世帯主
			3. 世帯員
		保険者名	
		加入期間	
		年	
		月	
		日	
		から	
		年	
		月	
		日	
		まで	

医療保険者(国民健康保険)自費負担額			
保険者番号	被保険者証番号	被保険者証番号	保険者名称
		加入期間	
		年	
		月	
		日	
		から	
		年	
		月	
		日	
		まで	

介護保険自費負担額			
保険者番号	被保険者証番号	被保険者名称	加入期間
		年	
		月	
		日	
		から	
		年	
		月	
		日	
		まで	

支給方法		口座管理		銀行口座		郵便振替		その他		口座番号		振込先口座	
1. 振り出し	2. 口座振込	1. 普通預金	2. 当座預金	1. 郵便振込	2. 当座振込	1. 口座番号	2. 口座番号	1. 口座番号	2. 口座番号	1. 口座番号	2. 口座番号	1. 口座番号	2. 口座番号

保険者			
1.	保険者名称	加入期間	自己負担額証明書番号
2.			
3.			
4.			

お問い合わせ先 課 係 室 日 月 年

① 上記申請書に添付して、高齢者総合保障費(高齢者総合費(介護)サービス費)の支給を申請します。  
 ② 上記申請書に添付して、自己負担額証明書の交付を申請します。  
 ③ 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のみでも構いません。  
 ④ 高齢者総合保障費(高齢者総合費(介護)サービス費)の支給申請を行う場合、③のみでも構いません。

郵政番号  
 申請代表者  
 氏名  
 加入番号  
 電話番号

様式第7号(第8条関係)

国民健康保険 限度額適用  
標準負担額減額 認定申請書  
限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号		—		電話番号	—	
世帯主	住所	おいらせ町				
	氏名				性別	男・女
	生年月日	年 月 日	個人番号			
限度額適用 減額対象者	氏名				性別	男・女
	生年月日	年 月 日	個人番号			
	世帯主との続柄	本人 妻 子 父 母 その他( )				

入院開始日(予定)	年 月 日から	
入院医療機関(予定)	名称	
	所在地	

○過去1年間の入院履歴(複数の場合は②③へも記入)

①	申請日の前1年間の 入院期間(日数)	年 月 日から		年 月 日まで 日間		
	食事療養を受けた 医療機関等	名称				
		所在地				
②	申請日の前1年間の 入院期間(日数)	年 月 日から		年 月 日まで 日間		
	食事療養を受けた 医療機関等	名称				
		所在地				
③	申請日の前1年間の 入院期間(日数)	年 月 日から		年 月 日まで 日間		
	食事療養を受けた 医療機関等	名称				
		所在地				

長期入院	該当・非該当	長期該当日	年 月 日
------	--------	-------	-------

※長期入院に該当する場合は、入院期間を証明できるもの(領収書等)を添付すること。

年 月 日

住 所

申請者

氏 名

〔世帯主との続柄〕

電話番号

— —

確認欄

申請者本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他( )
世帯の住民税課税状況( 年度分)	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ
国保税の収納状況	<input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> 未納有(未納額 円)



様式第8号(第9条、第11条関係)

年 月 日

様

おいらせ町長



国民健康保険食事療養標準負担額減額(認定申請却下・差額不支給)通知書

年 月 日付で申請のありました国民健康保険食事療養標準負担額減額(認定証交付・差額支給)申請の認定については、下記の理由により却下しましたので通知します。

記

1 対象者氏名

2 却下の理由

この通知書に記載された事項について不服のある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に青森県国民健康保険審査会(県庁内)に対して審査請求をすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内においらせ町を被告として(おいらせ町長が被告の代表者となります。)提起することができます。

なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ、提起することができないこととされていますが、①審査請求のあった日から3月を経過しても裁決がないとき、②処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第9号(第10条関係)

国民健康保険食事療養標準負担減額 差額支給 申請書

被保険者証記号番号	—		電話番号	—	
世帯主	住所	おいらせ町			
	氏名			性別	男・女
	生年月日	年 月 日	個人番号		
減額対象者	氏名			性別	男・女
	生年月日	年 月 日	個人番号		
	世帯主との続柄	本人 妻 子 父 母 その他( )			
減額認定証の交付を受けている者	発行年月日			年 月 日	
	長期該当年月日			年 月 日	

食事療養を受けた医療機関等	名称				
	所在地				
入院期間(食事回数)	年 月 日から		年 月 日まで		回
入院期間に受けた食事療養に対して支払った額(標準負担額)					円
減額認定証の交付又は提出ができなかった理由					
_____					
_____					
支払については、下記口座に振込してください。					
口座銀行名	銀行・信用金庫 農協・信用組合			本店・支店 本所・支所	
口座種目	1 普通預金 2 当座預金 3 その他( )				
口座番号					
口座名義人					

年 月 日

- ※ 1 減額認定申請書又は減額認定証を添付すること  
2 現に支払った標準負担額を証明する書類等を添付すること

確認欄

適用区分・単価	非課税世帯・低所得Ⅱ (長期非該当)	円	非課税世帯・低所得Ⅱ (長期該当)	円	低所得Ⅰ	円
---------	-----------------------	---	----------------------	---	------	---

医療機関への 支払額 (A)	適用区分の単 価×回数 (B)	差額支給額 (A) - (B)

様式第10号(第12条関係)

妊産婦医療費受給資格認定申請書

被保険者記号番号 一般・退職(本・扶) —	該当被保険者氏名  年 月 日生	
分娩予定日 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 母子手帳により確認	<input type="checkbox"/> 妊娠届により確認	<input type="checkbox"/> その他( )
有効期限	年 月 日～ 年 月末日	
おいらせ町国民健康保険条例第5条第2項に規定する保険給付に係る妊産婦の認定を受けたいので申請します。  年 月 日		
おいらせ町長 様		住 所 おいらせ町 世帯主氏名 電 話 番 号 ( )

様式第11号(第13条関係)

No. \_\_\_\_\_

妊産婦十割給付資格証

被保険者証 記号番号	—
世帯主名	
被保険者名	( 年 月 日生)
有効期限	年 月 日から 年 月 日まで

上記被保険者は、おいらせ町国民健康保険条例の規定により一部負担金の支払を要しない者であることを証明する。

年 月 日

保険者番号

0	2	0	7	3	4
---	---	---	---	---	---

保険者名 おいらせ町

一部 負担 の 合 割	妊産婦 入院以外
	0割

様式第 12 号(第 15 条関係)

妊産婦十割給付資格証再交付申請書

被保険者記号番号 一般・退職(木・扶)		該当被保険者氏名
—		年 月 日生
申請理由	1	妊産婦十割給付資格証を紛失したため
	2	妊産婦十割給付資格証の破損、汚損が著しく使用に堪えないため
	3	その他( )
(注意)申請理由該当数字を○で囲んでください。 破損、汚損を理由として申請する場合は、現在の妊産婦十割給付資格証を添付してください。		
上記の理由により、おいらせ町妊産婦十割給付資格証の再交付を申請します。 年 月 日		
おいらせ町長 様		住 所 おいらせ町 世帯主氏名 電 話 番 号 ( )

様式第13号(第16条関係)

### 第三者行為による傷病届

届出 年 月 日

おいらせ町長

住所 おいらせ町 .....

世帯主 .....

氏名 .....

個人番号( .....

被害者	被保険者証記号番号 お 個人番号 ( )		氏名 ( 年 月 日生)		世帯主との続柄	
	住所 おいらせ町 tel ( )				職業	
	勤務先	名称	所在地 tel ( )			
加害者	氏名 ( 年 月 日生)				町内名	
	住所 tel ( )				職業	
	勤務先	名称	所在地 tel ( )			
加害車輛の保険加入状況	自賠責証明書番号 第 号		保険会社名			
	保有者	住所 tel ( )		保険期間		自: 年 月 日 至: 年 月 日
		氏名		自動車	用途及び種別	
	保険契約者	住所 tel ( )			登録番号 車輛番号	
		氏名			車台番号	
	運転者	氏名 保有者との関係 ( )			使用の本拠所在地	
任意保険有・無	証明書番号 第 号		保険会社名			

- 注 1 この届は国民健康保険の被保険者が被害を受けた場合に提出してください。また、できるだけ詳細に記入してください。
- 2 自転車のひき逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いてください。
- 3 この届出に、交通事故証明書、事故発生状況報告書、念書、誓約書、示談書の写し(示談書が作成されている場合)等必要書類を添えて提出してください。

事故内容	日時 年 月 日 午前・午後 時 分頃	場所	
	内容		
示談状況	有・無 年 月 日 金 円 (示談書添付のこと)	治療費	休業補償
		円	円
		入院料	見舞金
		円	円
		看護料	障害保障
円	円		
		移送費	葬祭費
		円	円
		慰謝料	その他
		円	円
保険金受領	年 月 日 円	年 月 日 円	年 月 日 円
診療した医師に関する事項	傷病名	初診	国保診療
		年 月 日	年 月 日から している・していない
		診療見込期間	診療見込額
	年 月 日から 年 月 日まで 日間	円	
	後遺症	転帰	年 月 日現在 入院中・通院中・治癒・中止
	残る・残らない・不明		
	年 月 日 《医療機関名》 《医師名》 《医療機関住所》 tel ( )		
【町使用欄】			
No.	確認事項	チェック欄	担当者氏名
1	飲酒運転	有・無	
2	無免許運転	有・無	
3	無車検	有・無	
4	無保険	有・無	

様式第14号(第17条関係)

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (世帯主記入用)

被保険者情報	被保険者証 記号番号			世帯主氏名											
	(フリガナ)	.....		生年月日	昭和 平成	年	月	日							
	氏名														
	住所														
振込先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他( )					本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他( ) ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店 番を記入								
	預金別	普通・当座 その他( )			口座番号										
	口座名義(カタカナ)														
※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間 は一字空けてください。															
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住 所 電話 番 号 世帯主氏名 お願い申し上げます。															

【受取代理人の欄】(世帯主以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

世帯主	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	氏名	住所 同上
代理人 (口座名 義人)	〒	世帯主との関係
	(フリガナ) 氏名	

保険者 記入欄	支給決定額
	円



国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

被保険者氏名			
症状が出た日	令和 年 月 日	帰国者・接触者相談センターへの相談日 ※相談した場合に記入	令和 年 月 日 ( 時 分)
①医療機関の受診状況		1. 受診した                      2. 受診していない	
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
		令和 年 月 日	
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に)			
②療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	④左記期間のうち、勤務ができなかった日数 〔新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)によらない休暇や勤務予定がなかった日は除く。〕	日
⑤ 上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払いを受けましたか。 または、今後受けられますか。	1. はい                      2. いいえ		
⑥ ⑤で「はい」と回答した場合、その 給与等の額と、その報酬支払の対象 となった(なる)期間をご記入ください。	令和 年 月 日から	(給与等の額：円)	
	令和 年 月 日まで	□□□□□□□□	

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主 記入欄	令和 年 月 日		
	上記③～⑥の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。		
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名	⑦	
担当者氏名			電話番号

国民健康保険傷病手当金支給申請書（事業主記入用）

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名																		
①新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に限ることができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。											左記の事由による 無給休暇の日数							
令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
②新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に限ることができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇(賃金が生じる)は＝】、【その他の休暇(賃金が生じない)は/】でそれぞれ表示してください。											賃金が生じた日数の計 (○、△、＝の計)							
令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
②の期間に対して、賃金を支払いましたか？		1. はい	給与の種類		□月給 □時間給		賃金計算		総日		日							
		2. いいえ			□日給 □歩合給				支払日		1. 当月 日							
					□日給月給 □その他						2. 翌月 日							
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。																		
事業主が証明するでいいん	支給した賃金内訳	期間	単価(円)	月 日 ~			月 日 ~			月 日 ~								
		区分		月 日 分			月 日 分			月 日 分								
				(A) 支給額(円)			(B) 支給額(円)			(C) 支給額(円)								
		基本給																
		時給																
		手当																
		手当																
		手当																
		手当																
		現物給与																
計																		
賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)										円								
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																		
上記のとおり相違ないことを証明します。											令和 年 月 日							
事業所所在地																		
事業所名称																		
事業主氏名																		
担当者氏名					電話番号													

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (医療機関記入用)

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名																													
	傷病名		初診日	令和 年 月 日																										
	発病年月日		令和 年 月 日		発病の原因																									
	労務不能と認められた期間		令和 年 月 日から																											
			令和 年 月 日まで																											
	うち、入院期間		令和 年 月 日から		療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																								
			令和 年 月 日まで			転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																							
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。		令和 年 月	1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日									
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31											
			令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日										
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31														
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日													
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			31												
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																														
																									手術年月日	令和 年 月 日				
																									退院年月日	令和 年 月 日				
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																														
上記のとおり相違ありません。																														
医療機関の所在地																														
医療機関の名称																														
医師の氏名																														
☎ 電話番号																														

様式第 15 号 (第 17 条関係)

年 月 日

様

おいらせ町長

傷病手当金 ( 支給 ・ 不支給 ) 決定通知書

下記のとおり決定したので通知します。

対象者

請求期間 年 月 日 ～ 年 月 日

支給期間 年 月 日 ～ 年 月 日

減額・不支給期間 年 月 日 ～ 年 月 日  
(減額・不支給理由)

支給決定額 円

支給予定日

振込先金融機関  
口座情報

問合せ先

教示

様式第1号 (第2条関係)  
様式第2号 (第3条関係)  
様式第3号 (第4条関係)  
様式第4号 (第5条関係)  
様式第5号 (第6条関係)  
様式第6号 (第7条関係)  
様式第6号の2 (第7条第2項関係)  
様式第6号の3 (第7条の2関係)  
様式第7号 (第8条関係)  
様式第8号 (第9条、第11条関係)  
様式第9号 (第10条関係)  
様式第10号 (第12条関係)  
様式第11号 (第13条関係)  
様式第12号 (第15条関係)  
様式第13号 (第16条関係)  
様式第14号 (第17条関係)  
様式第15号 (第17条関係)