

東海市国民健康保険に関する文書の様式を定める規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和7年8月8日

東海市長 花 田 勝 重

東海市規則第27号

東海市国民健康保険に関する文書の様式を定める規則の一部を改正する規則

東海市国民健康保険に関する文書の様式を定める規則（昭和62年東海市規則第19号）の一部を次のように改正する。

別表の5の項及び6の項を次のように改める。

5	国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額支給申請書	省令第26条の5第2項
6	国民健康保険生活療養費標準負担額減額差額支給申請書	省令第26条の6の4第6項において準用する省令第26条の5第2項及び第27条の14の5第6項において読み替えて準用する省令第26条の5第2項

別表中7の項を削り、8の項を7の項とし、9の項を削り、10の項を8の項とし、11の項から13の項までを2項ずつ繰り上げ、14の項を削り、15の項を12の項とし、同表の16の項中「国民健康保険高額療養費(外来年間合算)支給決定通知書」を「高額療養費(外来年間合算)支給決定通知書」に改め、同項を同表の13の項とし、同表中17の項を14の項とし、18の項を15の項とし、19の項を削り、20の項を16の項とし、同表の21の項中「国民健康保険葬祭費支給決定通知書」を「支給決定通知書」に改め、同項を同表の17の項とする。

様式第5を次のように改める。

様式第 5

国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額支給申請書

被保険者記号・番号					
減額対象者	氏 名			個人番号	
	世帯主との続柄			生年月日	年 月 日
既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入してください。		交 付 年 月 日	年 月 日		
		適 用 年 月 日	年 月 日		
		長期該当年月日	年 月 日		
入院をした保険医療機関等		名 称			
		所 在 地			
入 院 日 数		年 月 日 から 日間 年 月 日 まで			
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）				円	
標準負担額減額認定証の交付申請又は保険医療機関等において認定を受けていることの確認を受けなかった理由					
イ、長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日前の入院であったため ロ、その他 【 】					
受 取 口 座		☐ 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ☐ 振込口座を指定する。			
振 込 先	金融機関			(フリガナ) 口座名義人	
	口座種別	普通・当座・その他（ ）		口座番号	

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額の支給を申請します。

年 月 日

住 所 _____

世帯主名 (申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

東海市長
殿

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状 年 月 日

国民健康保険給付費等に関する受領を下記の代理人に委任します。

世帯主氏名 (申請者) _____

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 個人番号 _____

様式第6を次のように改める。

様式第 6

国民健康保険生活療養費標準負担額減額差額支給申請書

被保険者記号・番号					
減額対象者	氏 名			個人番号	
	世帯主との続柄			生年月日	年 月 日
既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入してください。		交 付 年 月 日	年 月 日		
		適 用 年 月 日	年 月 日		
		長期該当年月日	年 月 日		
入院をした保険医療機関等		名 称			
		所 在 地			
入 院 日 数		年 月 日 から 日間 年 月 日 まで			
入院期間に受けた生活療養に対し支払った額（標準負担額）				円	
標準負担額減額認定証の交付申請又は保険医療機関等において認定を受けていることの確認を受けなかった理由					
イ、長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日前の入院であったため ロ、その他 【 】					
受 取 口 座		☐ 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ☐ 振込口座を指定する。			
振 込 先	金融機関			(フリガナ) 口座名義人	
	口座種別	普通・当座・その他 ()	口座番号		

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険生活療養費標準負担額減額差額の支給を申請します。

年 月 日

住 所 _____

世帯主名 (申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

東海市長
殿

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状 年 月 日

国民健康保険給付費等に関する受領を下記の代理人に委任します。

世帯主氏名 (申請者) _____

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 個人番号 _____

様式第 7 を削り、様式第 8 を次のように改め、同様式を様式第 7 とする。

様式第 9 を削り、様式第 10 を様式第 8 とし、様式第 11 を様式第 9 とし、様式第 12 を様式第 10 とし、様式第 13 中

「
療養を受けた被保険者の氏名
生年月日
」を「
療養を受けた被保険者の氏名
生年月日 一般退職の別
」に、
「
療養を受けた病院等の名称及び所在地
並びに療養を受けた期間
」を
「
療養を受けた病院等の名称
所在地及び療養を受けた期間
」に改め、「交通事故等の第三者行為（

有・無）」を削り、

「
口座振込
(振替先金融機関名) 銀行 信用金庫 農協 店 (預金種目) 普通 当座 (口座番号)
(預金名義人) フリガナは必ずご記入ください。
」
」

を

「
振込先
金融機関
☐ 公金受取口座を利用する（利用する者は口座情報の記入不要）
公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。
☐ 振込口座を指定する
(振替先金融機関名) 銀行 信用金庫 農協 店 (預金種目) 普通 当座 (口座番号)
(預金名義人) ※フリガナは必ずご記入ください。
」
」

に改め、同様式を様式第 11 とする。

様式第 14 を削り、様式第 15 を次のように改め、同様式を様式第 12 とする。

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

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	支給申請書整理番号		添付の自己負担額証明書整理番号												
フリガナ																									
申請者(世帯主)氏名																									
生年月日		年	月	日	生									加入期間		年	月	日から	年	月	日まで				
被保険者記号・番号		個人番号												加入履歴		1	年	月	日から	年	月	日まで			
																2	年	月	日から	年	月	日まで			
																3	年	月	日から	年	月	日まで			
計算の対象となる加入期間		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										
受取口座		☐ 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要)。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 ☐ 振込口座を指定する。																							
1. 窓口払い		振込口座		銀行		金融機関コード		本店		支店		口座番号		フリガナ											
2. 口座振込		記入欄		信用金庫		信用組合		協同組合		出張所		口座名義人													
フリガナ																									
世帯員氏名																									
被保険者記号・番号		個人番号												加入履歴		1	年	月	日から	年	月	日まで			
生年月日		年	月	日	生											2	年	月	日から	年	月	日まで			
計算の対象となる加入期間		年	月	日から	年	月	日まで								加入履歴				3	年	月	日から	年	月	日まで
フリガナ																									
世帯員氏名																									
被保険者記号・番号		個人番号												加入履歴		1	年	月	日から	年	月	日まで			
生年月日		年	月	日	生											2	年	月	日から	年	月	日まで			
計算の対象となる加入期間		年	月	日から	年	月	日まで								加入履歴				3	年	月	日から	年	月	日まで
備考																									

☐ 外米年間合算の支給を申請します。
☐ 自己負担額証明書の交付を申請します。
☐ 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれもあてずにご記入下さい。
 ※ 外米年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを記入して下さい。

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。
 委任状
 国民健康保険給付費等に関する受領を右記の代理人に委任します。
 世帯主氏名 _____ (申請者)
 代理人住所 _____ 代理人氏名 _____
 代理人住所 _____ 代理人氏名 _____
 代理人住所 _____ 代理人氏名 _____

様式第 16 を次のように改め、同様式を様式第 13 とする。

様式第 13

年 月 日

様

愛知県東海市長



高額療養費（外来年間合算）支給決定通知書

先に申請のありました高額療養費（外来年間合算）の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

申請者（世帯主）氏名				被保険者記号				被保険者番号			
計算対象期間	～										
申請年月日					決定年月日						
計算対象期間中の自己負担額の合計額	円				支給額	円					
給付の種類											
不支給の理由											
備考											

支 払 方 法												
窓 口 払						口 座 払						
お持ちいただくもの	支払場所	支払期間				振込先	金融機関					
							口座種目					
							口座番号					
							口座名義人					

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

この通知書に記載された事項について不服のある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に愛知県の国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。この決定の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に市を被告として（市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審査請求があった日から3か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き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。

〈お問い合わせ先〉

様式第 17 を様式第 14 とし、様式第 18 を次のように改め、同様式を様式第 15 とする。

様式第 15

国民健康保険出産育児一時金支給申請書					
支給額 円 上記金額を支給されるよう申請します。 ただし下記内訳のとおり 年 月 日 世帯主住所 _____ 氏名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 _____ 東海市長 _____ 殿					
受取口座	☐ 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ☐ 振込口座を指定する。				
振込先	金融機関	_____	(フリガナ) 口座名義人	_____	
	口座種別 普通・当座・その他 ()	口座番号	_____	_____	_____
被保険者 記号・番号	_____	世帯主氏名	_____		
出産した被 保険者氏名	_____	個人番号	_____	世帯主 との続柄	_____
出産の 年 月 日	年 月 日	支払種別 (出生前の請求は 貸付となります。)	支 給 ・ 貸 付		
出産の 週(日)数	週 () 日				
世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。 委任状 年 月 日 国民健康保険出産育児一時金の受領を下記の代理人に委任します。 世帯主氏名 _____ 代理人住所 _____ 代理人氏名 _____ 個人番号 _____					

様式第 19 を削り、様式第 20 を次のように改め、同様式を様式第 16 とする。

様式第 16

国民健康保険葬祭費支給申請書					
支給額		円			
上記金額を支給されるよう申請します。					
ただし下記内訳のとおり					
葬祭を行う者		年 月 日			
住所					
氏名				個人番号	
電話番号				東海市長 殿	
受取口座		☐ 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ☐ 振込口座を指定する。			
振込先		金融機関		(フリガナ) 口座名義人	
		口座種別 普通・当座・その他 ()		口座番号	
被保険者 記号・番号					
死亡した被 保険者氏名		申請者 との続柄			
死 亡 年 月 日		年 月 日 (喪失日 年 月 日)			
葬祭執行 年 月 日		交通事故等の 第三者行為		有 ・ 無	
葬祭を行う者以外の方が受領される場合は、下記の委任状を記入してください。					
委任状					
年 月 日					
国民健康保険葬祭費の受領を下記の代理人に委任します。					
氏 名					
(葬祭を行う者)					
代理人住所					
代理人氏名					
個人番号					

様式第 2 1 を次のように改め、同様式を様式第 1 7 とする。

様式第 17

発行日：

被保険者記号・番号：

愛知県東海市長

様



支給決定通知書

先に申請のあった

の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

金額	円
支給決定日	年 月 日
振込期日	年 月 日
金融機関	
内 訳	

あなたがこの処分に不服があるときは、この処分を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、愛知県の国民健康保険審査会に対して審査請求することができます。なお、この処分の取消の訴えは、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処分の執行等による著しい損害を避けるため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、東海市を被告（代表者は東海市長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過する訴えを提起できません。

<お問い合わせ先>

附 則

この規則は、令和7年8月12日から施行する。