

愛西市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和 4 年 6 月 2 3 日

愛西市長 日 永 貴 章

愛西市規則第 2 0 号

愛西市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則

愛西市国民健康保険条例施行規則（平成24年愛西市規則第14号）の一部を次のように改正する。

第5条中「第26条の3第1項」を「第26条の3第2項」に、「第27条の14の2第1項」を「第27条の14の2第2項」に、「第27条の14の4第1項」を「第27条の14の4第2項」に改める。

第6条中「及び第27条の14の4第6項」を「（省令第27条の14の5第6項において準用する場合を含む。）」に改める。

附則第3項中「令和4年6月30日」を「令和4年9月30日」に改める。

様式第1号中「個人番号カード」を「マイナンバーカード」に改める。

様式第2号中

生年月日	性別
・	男女
・	男女
・	男女
・	男女
・	男女

を

生年月日
・
・
・
・
・

に、

「個人番号カード」を「マイナンバーカード」に改める。

様式第4号中

世帯主との続柄	(男・女)
---------	-------

を

「

世帯主との続柄	
---------	--

」に改める。

様式第5号中

年	月	日	男・女
---	---	---	-----

を

年	月	日
---	---	---

」

に改める。

様式第6号中 「

年	月	日	男・女
---	---	---	-----

」 を 「

年	月	日
---	---	---

」

に、「または」を「又は」に改める。

様式第8号中 「

年	月	日	男・女
---	---	---	-----

」 を 「

年	月	日
---	---	---

」

に、「または」を「又は」に「

また	は
----	---

」を「

又	は
---	---

」に改める。

様式第9号の2(表)中

「

生年月日	年	月	日生	性別	
------	---	---	----	----	--

」 を  
「

生年月日	
------	--

」 に、  
「

生年月日		性別	
------	--	----	--

」 を  
「

生年月日	
------	--

」 に

改める。

様式第9号の3中

「

生年月日		性別	
------	--	----	--

」 を  
「

生年月日	
------	--

」 に

改める。

様式第10号中 「

性別		計算期間の始期及び終期
----	--	-------------

」 を  
「

計算期間の始期及び終期
-------------

」 に改める。

様式第 1 1 号中

「

生年月日		性別	
------	--	----	--

」を

「

生年月日	
------	--

」に改める。

様式第 1 8 号中

「

フリガナ		性別		生年月日	年 月 日
氏名					
フリガナ		性別		生年月日	年 月 日
氏名					

」を

「

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			

」に

改める。

様式第 2 0 号の 2 中「または」を「又は」に改める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現に改正前の愛西市国民健康保険条例施行規則の規定に基づいて作成されている申請書その他の用紙は、改正後の愛西市国民健康保険条例施行規則の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。

愛西市国民健康保険条例施行規則の一部改正新旧対照表

改正後	改正前
<p>(限度額適用認定証等の申請)</p> <p>第5条 省令第26条の3第2項、<u>第27条の14の2第2項及び第27条の14の4第2項</u>の規定による申請は、様式第4号による。</p> <p>(標準負担額の差額支給申請)</p> <p>第6条 省令第26条の5第2項<u>(省令第27条の14の5第6項において準用する場合を含む。)</u>の規定による申請は、様式第5号による。</p> <p>附 則</p> <p>1・2 略</p> <p>3 愛西市国民健康保険条例の一部を改正する条例(令和2年愛西市条例第20号)附則の規則で定める日は、<u>令和4年9月30日</u>とする。</p> <p>4以下 略</p> <p>様式第1号(第2条関係) 別紙のとおり</p> <p>様式第2号(第3条関係) 別紙のとおり</p> <p>様式第4号(第5条関係) 別紙のとおり</p> <p>様式第5号(第6条関係) 別紙のとおり</p> <p>様式第6号(第7条関係) 別紙のとおり</p> <p>様式第8号(第9条関係) 別紙のとおり</p> <p>様式第9号の2(第10条の2関係) 別紙のとおり</p> <p>様式第9号の3(第10条の2関係) 別紙のとおり</p> <p>様式第10号(第11条関係) 別紙のとおり</p>	<p>(限度額適用認定証等の申請)</p> <p>第5条 省令第26条の3第1項、<u>第27条の14の2第1項及び第27条の14の4第1項</u>の規定による申請は、様式第4号による。</p> <p>(標準負担額の差額支給申請)</p> <p>第6条 省令第26条の5第2項及び<u>第27条の14の4第6項</u>の規定による申請は、様式第5号による。</p> <p>附 則</p> <p>1・2 略</p> <p>3 愛西市国民健康保険条例の一部を改正する条例(令和2年愛西市条例第20号)附則の規則で定める日は、<u>令和4年6月30日</u>とする。</p> <p>4以下 略</p> <p>様式第1号(第2条関係) 別紙のとおり</p> <p>様式第2号(第3条関係) 別紙のとおり</p> <p>様式第4号(第5条関係) 別紙のとおり</p> <p>様式第5号(第6条関係) 別紙のとおり</p> <p>様式第6号(第7条関係) 別紙のとおり</p> <p>様式第8号(第9条関係) 別紙のとおり</p> <p>様式第9号の2(第10条の2関係) 別紙のとおり</p> <p>様式第9号の3(第10条の2関係) 別紙のとおり</p> <p>様式第10号(第11条関係) 別紙のとおり</p>

様式第11号（第11条関係） 別紙のとおり  
様式第18号（第16条関係） 別紙のとおり  
様式第20号の2（附則第4項関係） 別紙のとおり

様式第11号（第11条関係） 別紙のとおり  
様式第18号（第16条関係） 別紙のとおり  
様式第20号の2（附則第4項関係） 別紙のとおり

異動年月日		年 月 日		取得 ・ 適用 開始	新規・追加					喪失 ・ 適用 終了	全部・一部							
被保険者証 記号番号		新			適用 開始	転入	社保 離脱	国組 離脱	生保 廃止	出生	その他 ( )	適用 終了	<input type="checkbox"/> 転出	社保 加入	国組 加入	生保 開始	死亡	その他 ( )
		旧				世帯異動	世帯主 変更	世帯 合併	世帯 分離	世帯 変更	世帯間 転居		氏名 変更	住所 変更	<input type="checkbox"/> 学	<input type="checkbox"/> 遠	該 非該	当 当
住 所	新								世帯主	新				世帯主の 被保険者 資格	新	有・無	世帯 構成 変更	有・無
	旧								世帯主	旧				世帯主の 被保険者 資格	旧	有・無	世帯 構成 変更	有・無
No.	フリガナ		生年月日	性別	続柄	個人番号		社会保険加入喪失時確認欄		<input type="checkbox"/> 学 <input type="checkbox"/> 遠 又は <input type="checkbox"/> 該 該 当	年 月 日から							
	氏 名							区分	本人・家族		年 月 日まで							
1			・	男女				記号		所在地								
2			・	男女				番号			名称							
3			・	男女				加入日	年 月 日	※証明書を添付してください。 <input type="checkbox"/> 非該当(転入)の場合								
4			・	男女				保 険 者	番 号	住 所 地 特 例	適用日	年 月 日						
			・	男女					名 称		所在地							
5			・	男女				事 業 所	所在地	特 例	施設名							
			・	男女					名 称		<input type="checkbox"/> 非該当(転入)の場合							
上記のとおり届出します。						国保税が還付になる場合の振込先		取得時確認事項		喪失時確認事項		受 付						
(宛先) 愛西市長		届出日	年 月 日		振替	<input type="checkbox"/> 国保振替口座		旧口座	なし・廃止届	決議書	窓口・郵送		窓口	本・織 立・八				
世 帯 主	住 所	愛西市			金融 機関	銀行 信金 農協		新口座	( )期申込済	納付書	<input type="checkbox"/> 差替済				担当			
	氏 名			個人 番号		本店	支店	保 険 証 発 行	<input type="checkbox"/> 通常保険証	保 険 証 回 収	<input type="checkbox"/> 回収済 ( / )		入力					
電 話	( ) ー			口座 番号	普通		高 齢 証	3割・2(1)割	喪 失 後 受 診		<input type="checkbox"/> 未回収 ( / ) 封筒 紛失等 持参 スタンプ				計算			
記入者氏名	<input type="checkbox"/> 同上				当座		名義	そ 他		<input type="checkbox"/> 擬主説明	全喪時	<input type="checkbox"/> 無		受 付 印				
※別世帯の方が届出される場合は、委任状が必要になります。						備考			<input type="checkbox"/> リストラ説明	死亡時		<input type="checkbox"/> 有 医療機関へ 返還了承済			受 付 印			
本人 確 認	運転免許証・在留カード・特別永住者証明書・旅券 個人番号カード・健康保険証・その他( )				備考		<input type="checkbox"/> 福祉医療確認	その他	<input type="checkbox"/> 現金・( )期廃止		<input type="checkbox"/> 葬祭費		受 付 印					
								<input type="checkbox"/> 福祉医療確認										

(新)

様式第1号(第2条関係)

国民健康保険被保険者資格異動届出書

異動年月日		年 月 日		取得 ・ 適用 開始	新規・追加					喪失 ・ 適用 終了	全部・一部							
被保険者証 記号番号		新		適用 開始	転入	社保 離脱	国組 離脱	生保 廃止	出生	その他 ( )	適用 終了	<input type="checkbox"/> 継続	社保 加入	国組 加入	生保 開始	死亡	その他 ( )	
		旧			世帯異動	世帯主 変更	世帯 合併	世帯 分離	世帯 変更	世帯間 転居		氏名 変更	住所 変更	<input type="checkbox"/> 学 <input type="checkbox"/> 遠	該 非該	当 当	116条の2 (住所地特例)	該 該
住 所	新 旧								世帯主 新 旧	新 旧				世帯主の 被保険者 資格	新 旧	有・無 有・無	世帯 構成 変更	有・無
No.	フリガナ		生年月日	性別	続柄	個人番号		社会保険加入喪失時確認欄		<input type="checkbox"/> 学 <input type="checkbox"/> 遠 又は <input type="checkbox"/> 該 該	年 月 日から							
	氏 名							区分	本人・家族		年 月 日まで							
1			・	男女				記号		所在地								
2			・	男女				番号		名称								
3			・	男女				加入日	年 月 日	※証明書を添付してください。 <input type="checkbox"/> 非該当(転入)の場合								
4			・	男女				保 險 者	番 号	住 所 地 特 例	適用日	年 月 日						
5			・	男女					名 称			所在地						
上記のとおり届出します。					国保税が還付になる場合の振込先			取得時確認事項		喪失時確認事項		受 付						
(宛先) 愛西市長		届出日	年 月 日		振替	<input type="checkbox"/> 国保振替口座		旧口座	なし・廃止届	決議書	窓口・郵送		窓口	本・織 立・八				
世帯主	住所	愛西市			金融機関	銀行 信金 農協		新口座	( )期申込済	納付書	<input type="checkbox"/> 差替済				担当			
	氏名			個人 番号		本店	支店	保 險 証 行	<input type="checkbox"/> 通常保険証	保 險 証 回 収	<input type="checkbox"/> 回収済 ( / )		入力					
電話	( ) ー			口座 番号	普通	当座	高 齢 証	3割・2(1)割	喪 失 後 受 診		<input type="checkbox"/> 未回収 ( / ) 封筒 紛失等 持参 スタンプ				計算			
記入者氏名	<input type="checkbox"/> 同上				名義			そ 他		<input type="checkbox"/> 擬主説明	全 喪 時	<input type="checkbox"/> 無		受 付 印				
※別世帯の方が届出される場合は、委任状が必要になります。									備考				<input type="checkbox"/> リストラ説明		死亡時	<input type="checkbox"/> 有 医療機関へ 返還了承済		
本人 確認	運転免許証・在留カード・特別永住者証明書・旅券 マイナンバーカード・健康保険証・その他( )							<input type="checkbox"/> 福祉医療確認			その他		<input type="checkbox"/> 葬祭費					
										死亡時	<input type="checkbox"/> 福祉医療確認							



再交付を申請される証の種類及び理由の該当箇所を○で囲んでください。		被保険者証記号番号	
再交付証の種類	被保険者証 ・ 高齢受給者証 ・ 限度額適用認定証 ・ 特定疾病療養受療証		
再交付申請理由	紛失 ・ 破損 ・ 盗難 ・ その他( )		

再交付を申請される方の分のみご記入ください。						被保険者証				高 齢 受給者証	限 度 額 適 用 認 定 証	特 定 病 疾 療 養 受 療 証		
No.	フリガナ		生年月日	性別	続柄	個人番号	通常証	短期証						
	氏	名						1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	有効期限			
1			・	男女			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			・	男女			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			・	男女			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			・	男女			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			・	男女			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

上記のとおり申請します。						備 考				受 付	
(宛先) 愛西市長		申請日	年 月 日							窓 口	本・織立・八
世帯主	住所	愛西市								担 当	
	氏名		個人番号							交 付	
電話	( ) -				記入者氏名					□ 同上	
※別世帯の方が申請される場合は、委任状が必要になります。						受付印					
本人確認	運転免許証・在留カード・特別永住者証明書・旅券 個人番号カード・健康保険証・その他( )										

(新)

様式第2号(第3条関係)

国民健康保険被保険者証等再交付申請書

再交付を申請される証の種類及び理由の該当箇所を○で囲んでください。		被保険者証記号番号	
再交付証の種類	被保険者証 ・ 高齢受給者証 ・ 限度額適用認定証 ・ 特定疾病療養受療証		
再交付申請理由	紛失 ・ 破損 ・ 盗難 ・ その他( )		

再交付を申請される方の分のみご記入ください。					被保険者証				高 齢 受給者証	限度額 適用 認定証	特 定 疾 病 療 養 受 療 証		
No.	フリガナ		生年月日	続柄	個人番号	通常証	短期証						
	氏	名					1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	有効期限			
1			・			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			・			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			・			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			・			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			・			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

上記のとおり申請します。					備 考				受 付	
(宛先) 愛西市長		申請日	年 月 日						窓 口	本・織 立・八
世帯主	住所	愛西市							担 当	
	氏名		個人 番号						交 付	
電話	( ) -			記入者氏名					<input type="checkbox"/> 同上	
※別世帯の方が申請される場合は、委任状が必要になります。							受付印			
本人 確認	運転免許証・在留カード・特別永住者証明書・旅券 マイナンバーカード・健康保険証・その他( )									

国民健康保険 (限度額適用) 標準負担額減額認定申請書

被保険者証記号番号				
世帯主	氏名		世帯主の住所	
	生年月日			
	個人番号			
減額対象者	氏名		世帯主との続柄	( 男 ・ 女 )
	生年月日		交通事故等の	( 有 ・ 無 )
	個人番号		第三者行為	

長期入院		( 該当 ・ 非該当 )		
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		から	日間
			まで	
入院をした保険医療機関等	名称			
	所在地			
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		から	日間
			まで	
入院をした保険医療機関等	名称			
	所在地			
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		から	日間
			まで	
入院をした保険医療機関等	名称			
	所在地			
	申請日の前1年間の入院期間 (日数)		から	日間
			まで	
入院をした保険医療機関等	名称			
	所在地			

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険 (限度額適用) 標準負担額減額認定証の交付を申請します。

年 月 日

住所  
世帯主 個人番号  
氏名

(宛先) 愛西市長

(新)

様式第4号(第5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

被保険者証記号番号				
世帯主	氏名		世帯主の住所	
	生年月日			
	個人番号			
減額対象者	氏名		世帯主との続柄	(有・無)
	生年月日		交通事故等の 第三者行為	
	個人番号			
長期入院	(該当・非該当)			
	申請日の前1年間の入院期間(日数)		から	日間
			まで	
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
	申請日の前1年間の入院期間(日数)		から	日間
			まで	
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
	申請日の前1年間の入院期間(日数)		から	日間
			まで	
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
	申請日の前1年間の入院期間(日数)		から	日間
			まで	
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		

上記のとおり関係資料を添えて国民健康保険(限度額適用)標準負担額減額認定証の交付を申請します。

年 月 日

住所

世帯主 個人番号

氏名

(宛先) 愛西市長

国民健康保険標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証記号番号		個人番号																		
対象者氏名		生年月日	年	月	日	男・女														
食事(生活)療養を受けた医療機関の名称及び所在地	入院期間		日数		食事(生活)療養標準負担額															
	年 月 日から 同月 日まで																			
	年 月 日から 同月 日まで																			
	年 月 日から 同月 日まで																			
減額認定証を保険医療機関に提出しなかった理由	<input type="checkbox"/> 入院中であつたため <input type="checkbox"/> 長期入院に該当したため <input type="checkbox"/> 認定証を持参しなかったため <input type="checkbox"/> その他 (                      )																			
振込先											銀行	本店								
											信用金庫	支店								
											農協	出張所								
	種目	口座番号							口座名義人(カタカナ)											
	1 普通																			
	2 当座																			
	3 その他																			
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 電話番号 (              ) - 個人番号 (宛先) 愛西市長																				
(委任欄) 私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任します。 この申請に基づく給付費の受領に関すること。 世帯主氏名 _____																				

(新)

様式第5号 (第6条関係)

国民健康保険標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証記号番号		個人番号																		
対象者氏名		生年月日	年 月 日																	
食事(生活)療養を受けた医療機関の名称及び所在地	入院期間		日数	食事(生活)療養標準負担額																
	年 月 日から 同月 日まで																			
	年 月 日から 同月 日まで																			
	年 月 日から 同月 日まで																			
減額認定証を保険医療機関に提出しなかった理由	<input type="checkbox"/> 入院中であつたため <input type="checkbox"/> 長期入院に該当したため <input type="checkbox"/> 認定証を持参しなかったため <input type="checkbox"/> その他 (                      )																			
振込先											銀行	本店								
											信用金庫	支店								
											農協	出張所								
	種目	口座番号										口座名義人(カタカナ)								
	1 普通																			
	2 当座																			
	3 その他																			
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 電話番号 (              ) - 個人番号 (宛先) 愛西市長																				
(委任欄) 私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任します。 この申請に基づく給付費の受領に関すること。 世帯主氏名 _____																				

## 国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証記号番号		個人番号															
対象者氏名		生年月日	年	月	日	男・女											
療養を受けた医療機関等の名称と所在地																	
療養に従事した医師等の氏名																	
療養の給付等を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 補装具による治療のため		<input type="checkbox"/> 保険証未提示のため														
	<input type="checkbox"/> 海外療養費のため		<input type="checkbox"/> その他 ( )														
傷病名及び原因																	
発病または負傷した日			療養期間		年	月	日から										
傷病の経過					年	月	日まで										
療養内容																	
療養につき算定した費用の額																	
振込先			銀行				本店										
			信用金庫				支店										
			農協				出張所										
	種目	口座番号				口座名義人(カタカナ)											
	1 普通																
	2 当座																
	3 その他																
上記のとおり申請します。				交通事故等の第三者行為 ( 有 ・ 無 )													
年 月 日																	
		世帯主 住 所															
		氏 名															
		電話番号 ( )		-													
		個人番号															
(宛先) 愛西市長																	
(委任欄)																	
私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任します。																	
この申請に基づく給付費の受領に関すること。																	
世帯主氏名 _____																	

(新)

様式第6号 (第7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		個人番号													
対象者氏名		生年月日	年 月 日												
療養を受けた医療機関等の名称と所在地															
療養に従事した医師等の氏名															
療養の給付等を受けることができなかった理由	<input type="checkbox"/> 補装具による治療のため		<input type="checkbox"/> 保険証未提示のため												
	<input type="checkbox"/> 海外療養費のため		<input type="checkbox"/> その他 ( )												
傷病名及び原因															
発病又は負傷した日					療養期間	年 月 日から									
傷病の経過						年 月 日まで									
療養内容															
療養につき算定した費用の額															
振込先											銀行	本店			
											信用金庫	支店			
											農協	出張所			
種目			口座番号							口座名義人 (カタカナ)					
1	普通														
2	当座														
3	その他														
上記のとおり申請します。 交通事故等の第三者行為 ( 有 ・ 無 )															
年 月 日															
世帯主 住 所															
氏 名															
電話番号 ( ) -															
個人番号															
(宛先) 愛西市長															
(委任欄)															
私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任します。															
この申請に基づく給付費の受領に関すること。															
世帯主氏名 _____															



国民健康保険移送費支給申請書

被保険者証記号番号		個人番号										
対象者氏名		生年月日		年 月 日		男・女						
傷病名及び原因		発病または負傷年月日		年 月 日								
移 送 経 路		移送方法										
		移送年月日		年 月 日								
		移送費用										
付添人氏名		付添人住所										
医師または歯科医師が記入する欄	移送を必要と認めた理由											
	付添いを必要と認めた理由											
	移送経路、移送方法及び移送年月日											
	上記のとおり移送を必要と認めます。 診断年月日 年 月 日 医療機関等の名称 所在地 医師又は歯科医師名											
振 込 先				銀 行		本 店						
				信用金庫		支 店						
				農 協		出張所						
		種目	口座番号			口座名義人 (カタカナ)						
		1 普通										
		2 当座										
		3 その他										
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 電話番号 ( ) - 個人番号  (宛先) 愛西市長												
(委任欄)  私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任します。  この申請に基づく給付費の受領に関すること。  世帯主氏名 _____												

(新)

様式第8号 (第9条関係)

国民健康保険移送費支給申請書

被保険者証記号番号		個人番号																		
対象者氏名		生年月日	年 月 日																	
傷病名及び原因		発病又は負傷年月日	年 月 日																	
移 送 経 路	移送方法																			
	移送年月日		年 月 日																	
	移送費用																			
付添人氏名		付添人住所																		
医師又は 歯科医師が 記入する欄	移送を必要と認めた理由																			
	付添いを必要と認めた理由																			
	移送経路、移送方法及び移送年月日																			
	上記のとおり移送を必要と認めます。 診断年月日 年 月 日 医療機関等の名称 所在地 医師又は歯科医師名																			
振 込 先	銀行		本店																	
	信用金庫		支店																	
	農 協		出張所																	
種目		口座番号										口座名義人 (カタカナ)								
1 普通																				
2 当座																				
3 その他																				
上記のとおり申請します。 年 月 日		世帯主 住 所																		
		氏 名																		
		電話番号 ( )		-																
		個人番号																		
(宛先) 愛西市長																				
(委任欄)																				
私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任します。																				
この申請に基づく給付費の受領に関すること。																				
世帯主氏名 _____																				

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

( )

保険者等記入欄) 支給申請書整理番号

申請対象年度	計算期間の始期及び終期	枚中	枚目
--------	-------------	----	----

フリガナ				保険者名	加入期間					添付の自己負担額証明書整理番号												
申請者氏名				保険者加入歴 ※1	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				加入期間における受診歴					8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	
加入期間	年 月 日から 年 月 日			計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2																		
支給方法	振込口座 記入欄	銀行	金融機関コード	本店	店舗コード	種目	口座番号					フリガナ										
1. 窓口払い 2. 口座振込		金庫		支店		1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他						口座名義人										

フリガナ				保険者名	加入期間					添付の自己負担額証明書整理番号											
世帯員氏名				保険者加入歴 ※3	1	年 月 日 から 年 月 日 まで															
記号・番号	個人番号				2	年 月 日 から 年 月 日 まで															
生年月日			性別		加入期間における受診歴					8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
加入期間																					

フリガナ				保険者名	加入期間					添付の自己負担額証明書整理番号											
世帯員氏名				保険者加入歴 ※3	1	年 月 日 から 年 月 日 まで															
記号・番号	個人番号				2	年 月 日 から 年 月 日 まで															
生年月日			性別		加入期間における受診歴					8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
加入期間																					

備考																					
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(宛先) 愛西市長	申請年月日	年 月 日	郵便番号
① 外来年間合算の支給を申請します。			住所
② 自己負担額証明書の交付を申請します。			申請者氏名
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。			電話番号
外来年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。			

## ご記入上の注意事項

### 1. 申請者に係る記入欄について

- (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、※1は記入不要です。※2について記入してください。
- (2) 外来年間合算の支給申請のみを行う場合（計算期間の末日に加入する保険者への支給申請の場合）は、※2は記入不要です。※1について次のとおり記入してください。
  - ・計算期間内に別の医療保険者に加入した履歴があれば記入してください。
  - ・自己負担額証明書については、その対象期間における自己負担額がない場合は添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入してください。

### 2. 世帯員の係る記入欄について

- (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、当該証明書の証明対象期間において世帯員であった者について記入してください。なお、この場合は※3については記入不要です。
- (2) 外来年間合算の支給申請のみを行う場合（計算期間の末日に加入する保険者への支給申請の場合）は、計算期間の末日において世帯員であった者について記入してください。この場合については※3の記入が必要ですので、次のとおり記入してください。
  - ・計算期間内に別の医療保険者に加入した履歴があれば記入してください。
  - ・自己負担額証明書については、その対象期間における自己負担額がない場合は添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入してください。

### 3. 備考欄について

備考欄については、申請者及びその世帯員であった者の加入期間（それぞれの者について、「氏名」欄の下の「加入期間」欄に記入した期間）における受診歴（受診した年月）を記入してください。（他の医療保険者に加入していた期間の受診歴については記入不要です。）

### 4. その他

申請者の加入履歴欄や世帯員に係る記入欄などが足りない場合は、2枚目以降に記入してください。その場合、右上の頁欄に全体の枚数を何枚目かを記載してください。

### ■ 自己負担額証明書の添付について（計算期間の末日に加入する保険者への申請）

申請者及び計算期間の末日において世帯員であった者について、それぞれ加入履歴を記入された期間に自己負担額がある場合には、これに係る自己負担額証明書の添付が必要です。ただし、次のことに注意してください。

・健康保険・船員保険・共済においては、被扶養者としての受診した医療の自己負担は、その扶養する被保険者（組合員）が負担したものと取り扱われます。そのため、被扶養者として加入した期間については、当該被扶養者としての自己負担額はありません。この場合には、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付なし」と記入してください。

・国民健康保険においては、その世帯に属する者が受けた医療の自己負担は、その世帯主（組合員）が負担したものと取り扱われます。そのため、世帯主（組合員）以外の世帯員として国民健康保険に加入した期間については、当該世帯員としての自己負担額はありません。この場合には、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付なし」と記入してください。

・対象となる計算期間中に本市（区町村）国民健康保険（本国保組合）の被保険者期間がある場合における当該機関に係る自己負担額証明書の添付は不要です。この場合には、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付省略」と記入してください。（なお、当該期間の自己負担に係る申請は別途必要となりますのでご注意ください。）

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

( )

(保険者等記入欄) 支給申請書整理番号

申請対象年度	計算期間の始期及び終期	枚中	枚目
--------	-------------	----	----

フリガナ			保険者名		加入期間					添付の自己負担額証明書整理番号										
申請者氏名			保険者加入歴 ※1	1	年 月 日 から 年 月 日 まで															
生年月日				2	年 月 日 から 年 月 日 まで															
記号・番号	個人番号			加入期間における受診歴					8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
加入期間	年 月 日から 年 月 日		計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2																	
支給方法	振込口座 記入欄	銀行	金融機関コード	本店		店舗コード	種目	口座番号					フリガナ							
1. 窓口払い 2. 口座振込		金庫		支店			1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他						口座名義人							

フリガナ			保険者名		加入期間					添付の自己負担額証明書整理番号									
世帯員氏名			保険者加入歴 ※3	1	年 月 日 から 年 月 日 まで														
記号・番号	個人番号			2	年 月 日 から 年 月 日 まで														
加入期間			加入期間における受診歴					8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月

フリガナ			保険者名		加入期間					添付の自己負担額証明書整理番号									
世帯員氏名			保険者加入歴 ※3	1	年 月 日 から 年 月 日 まで														
記号・番号	個人番号			2	年 月 日 から 年 月 日 まで														
加入期間			加入期間における受診歴					8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月

備考																			
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(宛先) 愛西市長	申請年月日	年 月 日	郵便番号
① 外来年間合算の支給を申請します。			住所
② 自己負担額証明書の交付を申請します。			申請者氏名
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。			電話番号
外来年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。			

## ご記入上の注意事項

### 1. 申請者に係る記入欄について

- (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、※1は記入不要です。※2について記入してください。
- (2) 外来年間合算の支給申請のみを行う場合（計算期間の末日に加入する保険者への支給申請の場合）は、※2は記入不要です。※1について次のとおり記入してください。
  - ・計算期間内に別の医療保険者に加入した履歴があれば記入してください。
  - ・自己負担額証明書については、その対象期間における自己負担額がない場合は添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入してください。

### 2. 世帯員の係る記入欄について

- (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、当該証明書の証明対象期間において世帯員であった者について記入してください。なお、この場合は※3については記入不要です。
- (2) 外来年間合算の支給申請のみを行う場合（計算期間の末日に加入する保険者への支給申請の場合）は、計算期間の末日において世帯員であった者について記入してください。この場合については※3の記入が必要ですので、次のとおり記入してください。
  - ・計算期間内に別の医療保険者に加入した履歴があれば記入してください。
  - ・自己負担額証明書については、その対象期間における自己負担額がない場合は添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入してください。

### 3. 備考欄について

備考欄については、申請者及びその世帯員であった者の加入期間（それぞれの者について、「氏名」欄の下の「加入期間」欄に記入した期間）における受診歴（受診した年月）を記入してください。（他の医療保険者に加入していた期間の受診歴については記入不要です。）

### 4. その他

申請者の加入履歴欄や世帯員に係る記入欄などが足りない場合は、2枚目以降に記入してください。その場合、右上の頁欄に全体の枚数を何枚目かを記載してください。

### ■ 自己負担額証明書の添付について（計算期間の末日に加入する保険者への申請）

申請者及び計算期間の末日において世帯員であった者について、それぞれ加入履歴を記入された期間に自己負担額がある場合には、これに係る自己負担額証明書の添付が必要です。ただし、次のことに注意してください。

・健康保険・船員保険・共済においては、被扶養者としての受診した医療の自己負担は、その扶養する被保険者（組合員）が負担したものと取り扱われます。そのため、被扶養者として加入した期間については、当該被扶養者としての自己負担額はありません。この場合には、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付なし」と記入してください

・国民健康保険においては、その世帯に属する者が受けた医療の自己負担は、その世帯主（組合員）が負担したものと取り扱われます。そのため、世帯主（組合員）以外の世帯員として国民健康保険に加入した期間については、当該世帯員としての自己負担額はありません。この場合には、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付なし」と記入してください。

・対象となる計算期間中に本市（区町村）国民健康保険（本国保組合）の被保険者期間がある場合における当該機関に係る自己負担額証明書の添付は不要です。この場合には、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付省略」と記入してください。（なお、当該期間の自己負担に係る申請は別途必要となりますのでご注意ください。）

国民健康保険 高額療養費（外来年間合算）自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ							
申請者氏名							
生年月日						性別	
自己負担額証明書整理番号							
保険者番号				証明対象年度			
被保険者証記号				被保険者証番号			
対象となる計算期間							
計算期間において世帯主（組合員）であった期間							
診療年月	氏名：		氏名：		氏名：		
	記号・番号：		記号・番号：		記号・番号：		
	自己負担額	摘要	自己負担額	摘要	自己負担額	摘要	
8月分							
9月分							
10月分							
11月分							
12月分							
1月分							
2月分							
3月分							
4月分							
5月分							
6月分							
7月分							
計							

【保険者連絡用】

(問い合わせ先)

〒496-8555

愛知県愛西市稲葉町米野308番地

(保険者名及び担当部署) 保険年金課

電話番号 0567-55-7119

(計算結果送付先)

〒 -

(保険者名及び担当部署)

国民健康保険 高額療養費（外来年間合算）自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ							
申請者氏名							
生年月日							
自己負担額証明書整理番号							
保険者番号		証明対象年度					
被保険者証記号		被保険者証番号					
対象となる計算期間							
計算期間において世帯主（組合員）であった期間							
診療年月	氏名：		氏名：		氏名：		
	記号・番号：		記号・番号：		記号・番号：		
	自己負担額	摘要	自己負担額	摘要	自己負担額	摘要	
8月分							
9月分							
10月分							
11月分							
12月分							
1月分							
2月分							
3月分							
4月分							
5月分							
6月分							
7月分							
計							

【保険者連絡用】

(問い合わせ先)

〒496-8555

愛知県愛西市稲葉町米野308番地

(保険者名及び担当部署) 保険年金課

電話番号 0567-55-7119

(計算結果送付先)

〒 -

(保険者名及び担当部署)



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

申請対象年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号
--------	------	-------	-------	--------	-----------	-----------

フリガナ	生年月日	年	月	日	生	性別	計算期間の始期及び終期
氏名	個人番号						

国民健康保険資格情報						
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間	
					から	まで

後期高齢者医療資格情報			
保険者番号	被保険者番号	広域連合名称	加入期間
			から まで

介護保険資格情報			
保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
			から まで

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀金農	行庫協	金融機関コード	本店	支店	出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座管理番号
1 窓口払い										1 普通預金		口座名義人	
2 口座振込										2 当座預金			
										9 その他			

保険者加入歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄
	1	から まで		
	2	から まで		
	3	から まで		

(宛先) 愛西市長	年 月 日
① 上記対象者について、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。	郵便番号
② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。	申請代表者
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。	個人番号
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のみを丸で囲んでください。	氏名
	電話番号
	住所

	枚中		枚目
--	----	--	----

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

申請対象年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号
--------	------	-------	-------	--------	-----------	-----------

フリガナ	生年月日	年	月	日	生	計算期間の始期及び終期
氏名	個人番号					

国民健康保険資格情報						
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間	
					から	まで

後期高齢者医療資格情報			
保険者番号	被保険者番号	広域連合名称	加入期間
			から まで

介護保険資格情報			
保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
			から まで

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀金農	行庫協	金融機関コード	本店	支店	出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座管理番号
1 窓口払い 2 口座振込										1 普通預金 2 当座預金 9 その他		口座名義人	

保険者加入歴	保険者名		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号		備考欄
	1			から まで			
	2			から まで			
	3			から まで			

(宛先) 愛西市長	年	月	日
① 上記対象者について、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。	郵便番号	住所	
② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。	申請代表者		
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。	個人番号		
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のみを丸で囲んでください。	氏名		
	電話番号		

	枚中		枚目
--	----	--	----

(旧)

様式第11号(第11条関係)

様

愛西市 国民健康保険 自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ			
氏名			
生年月日		性別	
自己負担額証明書整理番号			
保険者番号		証明対象年度	
被保険者証記号		被保険者証番号	
対象となる計算期間	年 月 日～ 年 月 日		
計算期間において被保険者であった期間	年 月 日～ 年 月 日		
診療年月	自己負担額	うち70歳～74歳の者に係る自己負担額	摘要
年 8月			
年 9月			
年 10月			
年 11月			
年 12月			
年 1月			
年 2月			
年 3月			
年 4月			
年 5月			
年 6月			
年 7月			
計			
年 月 日			
愛知県愛西市長			
印			

【保険者連絡用】

(問い合わせ先)

(計算結果送付先)

(新)

様式第11号(第11条関係)

様

愛西市 国民健康保険 自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ			
氏名			
生年月日			
自己負担額証明書整理番号			
保険者番号		証明対象年度	
被保険者証記号		被保険者証番号	
対象となる計算期間	年 月 日～ 年 月 日		
計算期間において被保険者であった期間	年 月 日～ 年 月 日		
診療年月	自己負担額	うち70歳～74歳の者に係る自己負担額	摘要
年 8月			
年 9月			
年 10月			
年 11月			
年 12月			
年 1月			
年 2月			
年 3月			
年 4月			
年 5月			
年 6月			
年 7月			
計			
年 月 日			
愛知県愛西市長			
印			

【保険者連絡用】

(問い合わせ先)

(計算結果送付先)

国民健康保険 第三者行為による被害届

年 月 日

(宛先) 愛西市長

世帯主 住 所  
氏 名  
電話番号 ( ) -

下記のとおり届出します。

事故発生日	年 月 日 午前・午後 時 分頃	事故発生 場 所	
-------	---------------------	-------------	--

事故原因と状況			
---------	--	--	--

被害者名 (被保険者名)	<small>被保険者証記号番号</small>	<small>個人番号</small>			
	フリガナ 氏 名	<small>性別</small>	<small>生年月日</small>	年 月 日	

第三者 (加害者) に関する事項	加害者 (運転者)	フリガナ 氏 名	<small>性別</small>	<small>生年月日</small>	年 月 日	
		住 所				
	職 業	<small>電 話</small>				
	保有者 (契約者)	フリガナ 氏 名	<small>電 話</small>			

	住 所				
--	-----	--	--	--	--

	職 業	<small>電 話</small>				
--	-----	--------------------	--	--	--	--

	フリガナ 氏 名	<small>電 話</small>				
--	-------------	--------------------	--	--	--	--

	住 所				
--	-----	--	--	--	--

	<small>加害者との関係</small>	1 本人 2 親族 ( ) 3 事業主 4 その他 ( )			
--	------------------------	-------------------------------	--	--	--

<small>自賠責 保 険</small>	<small>有 無</small>	保険会社		<small>証明書 番 号</small>		
----------------------------	------------------------	------	--	----------------------------	--	--

<small>任 意 保 険 (対人)</small>	<small>有 無</small>	保険会社		<small>支店名</small>	<small>課 名</small>	<small>担当者名</small>
-------------------------------------	------------------------	------	--	--------------------	--------------------	---------------------

		証券番号		<small>電 話</small>		
--	--	------	--	--------------------	--	--

<small>医療機関の所在地・名称 (氏名)</small>	<small>傷 病 名</small>	<small>初診日</small>	年 月 日		
---------------------------------	----------------------	--------------------	-------	--	--

<small>当 初</small>		<small>保険診療</small>	有 ・ 無		
--------------------	--	---------------------	-------	--	--

		<small>国保診療 開始日</small>	年 月 日		
--	--	-----------------------------	-------	--	--

<small>転医後</small>		<small>診療見込期間</small>			
--------------------	--	-----------------------	--	--	--

		<small>診療見込金額</small>	円		
--	--	-----------------------	---	--	--

この申請書に次の書類を添付して提出して下さい。  
 1. 事故発生状況報告書 2. 交通事故証明書 3. 念書

(新)

様式第18号 (第16条関係)

国民健康保険 第三者行為による被害届

(宛先) 愛西市長  世帯主 住 所 氏 名 電話番号 (        )        -	年    月    日
下記のとおり届出します。	

事故発生日	年    月    日 午前・午後    時    分頃	事故発生 場    所	
-------	---------------------------------	----------------	--

事故原因と状況			
---------	--	--	--

被害者名 (被保険者名)	<small>被保険者証記号番号</small>		<small>個人番号</small>	
	フリガナ 氏 名		生年月日	年    月    日

加害者 (運転者)	<small>フリガナ</small>		<small>生年月日</small>	
	フリガナ 氏 名		生年月日	年    月    日

加害者 (運転者)	住 所			
	職 業	電 話		

保有者 (契約者)	<small>フリガナ</small>		<small>電 話</small>	
	フリガナ 氏 名		電 話	

保有者 (契約者)	住 所			
	加害者との関係	1 本人 2 親族 (        ) 3 事業主 4 その他 (        )		

第三者 (加害者) に関する事項	自賠償 保 険	有 無	保 険 会 社		<small>証明書 番 号</small>		
	任 意 保 険 (対人)	有	保 険 会 社		<small>支店名</small>	<small>課 名</small>	<small>担当者名</small>

任 意 保 険 (対人)	無	証 券 番 号		<small>電 話</small>			
--------------------	---	---------	--	--------------------	--	--	--

医療機関の所在地・名称 (氏名)	傷 病 名	初診日	年    月    日
------------------	-------	-----	-------------

当 初		保 険 診 療	有 ・ 無
		国保診療 開始日	年    月    日

転医後		診 療 見 込 期 間	
		診 療 見 込 金 額	円

この申請書に次の書類を添付して提出して下さい。  
 1. 事故発生状況報告書 2. 交通事故証明書 3. 念書

国民健康保険傷病手当金支給申請書②（被保険者記入用）

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	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	年 月 日								
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		年 月 日									
		年 月 日									
		年 月 日									
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(具体的に)											
③療養のために 休んだ期間	年 月 日から 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。	年 月 日から 年 月 日まで	給与等の額:円 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									

(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	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
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②（被保険者記入用）

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	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	年 月 日								
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		年 月 日									
		年 月 日									
		年 月 日									
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(具体的に)											
③療養のために 休んだ期間	年 月 日から 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。 又は、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。	年 月 日から 年 月 日まで	給与等の額: 円									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>											

(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	<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p>
担当者氏名	電話番号