

鹿屋市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則

鹿屋市国民健康保険条例施行規則（平成18年鹿屋市規則第121号）の一部を次のように改正する。

第22条第2項中「別記第7号の2様式の申請書を市長に提出」を「前項の申請書にその旨を記載」に改める。

第22条の2第1項中「別記第7号の3様式」を「別記第7号の2様式」に改め、同条第2項中「別記第7号の3様式」を「別記第7号の2様式」に、「別記第7号の4様式」を「別記第7号の3様式」に改める。

第22条の3第1項中「別記第7号の5様式」を「別記第7号の4様式」に改め、同条第2項中「別記第7号の5様式」を「別記第7号の4様式」に、「別記第7号の6様式」を「別記第7号の5様式」に改める。

別記第3号様式から別記第5号様式までを次のように改める。

第3号様式（第19条関係）

## 国民健康保険療養費支給申請書

一金 円也

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

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
(世帯主)

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

鹿屋市長  
殿

被保険者 記号・番号			世帯主名			
診療を 受けた人	(フリガナ) 氏名			個人番号	申請者との 続柄	
	住所					
	診療期間	自 _____ 至 _____	受診資格	一般・ (退職被保険者) 本人・被扶養		
	発病負傷日				診療 日数	_____ 日
	傷病名					
	受診した 医療機関	( _____ )			診療科	
	受診状態	入院・外来	受給証	高齢者3割・高齢者2割・未就学児		
	費用額	_____ 円	うち薬剤 一部負担	_____ 円	併用公費又は 福祉の名称	
	審査 認定額	_____ 円	交通事故等の第三者行為		有	無
	療養の給付を 受けることが できなかった 理由					
受取口座	<input type="checkbox"/> 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）。 <input type="checkbox"/> 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		_____	_____
点数	総医療費		薬剤一部負担金			
負担率	一部負担額		支給額			



第5号様式（第20条関係）

国民健康保険移送費支給申請書			
被保険者証の記号番号	(枝番)	連絡先(電話)	
移送を受けた被保険者	氏名	生年月日	年 月 日
	個人番号		
傷病名	(交通事故等の第三者行為 有・無)	発病又は負傷の年月日	年 月 日
発病又は負傷の原因		入院年月日	年 月 日
移送経路			
移送方法			
移送に要した期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)		
付添いがあったとき	付添人氏名	移送に要した費用の額	円
	同上住所		
<p>鹿屋市長 様</p> <p>上記のとおり移送に要した費用について関係書類を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者(世帯主) 住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">個人番号</p>			

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報記入不要）。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。		
口座振替依頼欄	銀 行	店	口 座 番 号
	信用金庫	支店	
	信用組合	所	種目：普通・当座・その他
	農 協	支所	口座名義人（カタカナ）
	金融機関コード	店舗コード	
<p>(委任欄) 本申請に基づく移送費の受領を代理人に委任します。</p> <p>申請者(本人)の氏名 氏名 _____</p> <p>代理人の住所、氏名</p> <p>住所 _____ 氏名 _____</p> <p>申請者との関係 ( ) 代理人電話番号 ( )</p>			

別記第7号様式及び別記第7号の2様式を次のように改める。



第7号の2様式（第22条の2関係）

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	申請者氏名		保険者加入歴※1	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
生年月日	性別	1		年 月 日から 年 月 日まで		
記号・番号	(枝番)	個人番号		2	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	から	まで	3	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 ※2
受取口座	<input type="checkbox"/> 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）。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。					
支給方法	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目
1. 窓口払い 2. 口座振込						1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他
口座番号	フリガナ		口座名義人			
フリガナ	世帯員氏名		保険者加入歴※3	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
記号・番号	個人番号	1		年 月 日から 年 月 日まで		
生年月日	性別	2		年 月 日から 年 月 日まで		
加入期間	から	まで	3	年 月 日から 年 月 日まで		
フリガナ	世帯員氏名		保険者加入歴※3	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
記号・番号	個人番号	1		年 月 日から 年 月 日まで		
生年月日	性別	2		年 月 日から 年 月 日まで		
加入期間	から	まで	3	年 月 日から 年 月 日まで		
備考						
<p>鹿屋市長 様</p> <p>① 外来年間合算の支給を申請します。</p> <p>② 自己負担額証明書の交付を申請します。</p> <p>※ 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。</p> <p>外来年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んでください。</p> <p>本申請をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。はい / いいえ</p>	<p>申請年月日 年 月 日</p> <p>郵便番号 〒 -</p> <p>住所</p> <p>申請者氏名</p> <p>電話番号</p>					

#### 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、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と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、それぞれ加入履歴に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、被扶養者として受診した医療の自己負担は、その者を扶養する被保険者(組合員)が負担したもものとして取り扱われます。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)が負担したもものとして取り扱われます。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期間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御注意ください。)



別記第7号の3様式を削り、別記第7号の4様式を別記第7号の3様式とし、同様の次に次の1様式を加える。

第7号の4様式（第22条の3関係）

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		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			
						1.世帯主 2.被相続世帯主 3.世帯員							
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			
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			
支給方法		口座管理番号	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 信用組合		金融機関コード		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 3.その他			口座名義人	
受取口座		<input type="checkbox"/> 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）。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。											
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			年	月	日から							
	2			年	月	日から							
	3			年	月	日から							
<p>届出市長 様</p> <p style="text-align:right;">____年 ____月 ____日</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①及び②のいずれも丸で囲んで下さい。          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のみを丸で囲んで下さい。          本申請をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。 はい / いいえ</p> <p>郵便番号 _____ 住所 _____          申請代表者 _____          氏名 _____          個人番号 _____          電話番号 _____</p>													
										枚中	枚目		

## (裏面)

### 記入上の注意事項等

#### 1 高額介護合算療養費等支給申請について

- (1) 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に、その超えた額が高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）として支給されます。
- (2) 各資格情報欄については、申請対象年度末日（記載年の7月末日）に加入する医療保険（介護保険）の資格情報を記載してください。
- (3) 国民健康保険資格情報の続柄欄の「2 擬制世帯主」とは世帯員が国保の被保険者ですが、世帯主は国保の加入者ではない場合を指します。
- (4) 計算期間の始期及び終期の間加入する医療保険（介護保険）に変更があった場合、保険者加入歴欄に以前に加入していた医療保険（介護保険）の保険者名称（広域連合名称）と加入期間を記載し、また、同保険者（広域連合）加入時の自己負担額証明書を添付する場合には、同証明書整理番号を記載してください。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載してください。  
なお、申請対象年度末日に加入している医療保険（介護保険）については、当該保険者加入歴欄への記載は不要です。
- (5) 複数名の支給額の同一口座への振込を希望する場合、該当者の振込口座記載欄（金融機関名から口座名義人まで）は記載せず、振込先口座管理番号欄に希望振込先口座の口座管理番号を記載してください。  
例）口座管理番号2の被保険者への支給額を、口座管理番号1の被保険者の口座へ振り込んでほしい場合、口座管理番号2の被保険者の振込口座記載欄は記載せず、振込先口座管理番号欄に1と記載する。
- (6) 備考欄には、以下の内容を記載してください。
  - ① 国民健康保険、後期高齢者医療の被保険者  
・当該医療保険者（広域連合）の所在地及び同医療保険者における計算期間内の受診歴（以前に加入していた医療保険者における受診歴は、記載する必要はありません。）
  - ② 健保組合等被用者保険の被保険者で介護保険の被保険者  
・健保組合等被用者保険の名称、所在地及び同保険者における計算期間内の受診歴
  - ③ 死亡、海外移住、生保適用等により計算期間の途中で被保険者資格を喪失した者（ただし、介護保険適用除外施設入所又は他保険者への転出による資格喪失者を除く。）  
・被保険者資格を喪失した年月日、被保険者資格を喪失した事由
- (7) 国民健康保険における高額介護合算療養費は、世帯主及び世帯員の支給合計額が世帯主（擬制世帯主）の口座に振り込まれることとなりますので、御留意ください。
- (8) 2名を超える対象者を記載する場合等、複数枚にわたることが分かるよう、右下のページ欄に全体の枚数及び何枚目かを記載してください。
- (9) 介護保険被保険者証が交付されていない介護保険被保険者については、介護保険情報（保険者番号、被保険者番号、保険者の名称及び加入期間）の記載は不要です。
- (10) 介護保険で給付制限を受けており、自己負担が3割となっている方については、その給付制限期間中は自己負担額が零として計算されることとなり、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給ができません場合があります。

#### 2 自己負担額証明書交付申請について

- (1) 自己負担額証明書の交付を申請する場合、必ず同じ市町村の保険者番号を記載してください（2以上の市町村の保険者番号を記載しないでください）。
- (2) 医療保険（介護保険）資格情報ごとに、複数保険者分の自己負担額証明書が必要である場合、それぞれの保険者へ申請する必要があります。

### 保険者記入上の注意事項

- 1 複数枚に渡る支給申請の受付時において、右上の支給申請書整理番号には提出者単位で同一の番号を記載すること。
- 2 支給申請書整理番号は、以下の番号体系とすること。  
「GYY（申請対象年度和暦、平成の場合、Gは“4”）+保険者番号8桁（国保保険者の場合、先頭2桁を“00”（退職者医療に係るものは“67”）とする。）+保険者が付する通し番号6桁」（計17桁）  
なお、保険者が付する通し番号は、申請対象年度ごとに申請受付順に1から付番すること。

別記第7号の5様式を削り、別記第7号の6様式を別記第7号の5様式とする。  
別記第10号様式及び別記第11号様式を次のように改める。

第10号様式（第24条関係）

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 年 月 日 まで				日間
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提出ができなかった理由					
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	<input type="checkbox"/> 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）。 <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_

鹿屋市長 殿

処理欄	差額支給	イ ( - ) 円 × ( ) 食 = ( ) 円	受付番号 (第 号)
		ロ ( - ) 円 × ( ) 食 = ( ) 円	交付番号 (第 号)
		ハ ( - ) 円 × ( ) 食 = ( ) 円	合計 ( ) 円
		ニ ( - ) 円 × ( ) 食 = ( ) 円	支給等年月日
		ホ 却下 (理由 )	年 月 日

第11号様式（第24条関係）

国民健康保険生活療養費標準負担額減額支給申請書

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 年 月 日まで				日間
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提出ができなかった理由					
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	<input type="checkbox"/> 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）。 <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_

鹿屋市長 殿

処 理 欄	差額支給	イ ( - ) 円 × ( ) 食 = ( ) 円	受付番号 (第 号)
		ロ ( - ) 円 × ( ) 食 = ( ) 円	交付番号 (第 号)
		ハ ( - ) 円 × ( ) 食 = ( ) 円	合計 ( ) 円
		ニ ( - ) 円 × ( ) 食 = ( ) 円	支給等年月日
		ホ 却下 (理由 )	年 月 日

別記第13号様式及び別記第14号様式を次のように改める。

第13号様式（第26条関係）

<b>国民健康保険出産育児一時金支給申請書</b>					
一金 <span style="margin-left: 150px;">円也</span> 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 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</div> 申請者 住所 _____ (世帯主) 氏名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 _____ <span style="float: right;">鹿屋市長 殿</span>					
受取口座	<input type="checkbox"/> 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）。 <input type="checkbox"/> 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			支払種別 (出生前の請求は、 費付となります。)	支給・貸付	
出産の種類	正常、早産(ヶ月)		流産(ヶ月)	死産(ヶ月)	
出産に立会っ た医師又は助 産師の証明	<b>証明書</b> 上記のとおり流産、死産(ヶ月)であることを証明します。 年 月 日 住所 氏名				
確 認					



## 国民健康保険葬祭費支給申請書

一金 円也

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

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
(葬儀執行者)

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

鹿屋市長  
殿

受取口座	<input type="checkbox"/> 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）。 <input type="checkbox"/> 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		
死亡した被 保険者氏名			個人番号	申請者 との続柄	
死亡 年月日	(喪失日 )				
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 場所					
確 認					

## 附 則

- 1 この規則は、令和5年8月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、現に存する様式は、当分の間、必要な修正をしてこれを利用することができる。