

さいたま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7年 **12月25日**

さいたま市長

清水 久人

さいたま市規則第114号

さいたま市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則

さいたま市国民健康保険条例施行規則（平成13年さいたま市規則第129号）の一部を次のように改正する。

次の表中下線又は太線の表示部分（以下、改正前の欄にあつては「改正部分」と、改正後の欄にあつては「改正後部分」という。）については、次のとおりとする。

- (1) 改正部分及びそれに対応する改正後部分が存在するときは、当該改正部分を当該改正後部分に改める。
- (2) 改正部分のみ存在するときは、当該改正部分を削る。
- (3) 改正後部分のみ存在するときは、当該改正後部分を加える。

| 改正後                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 改正前                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>（国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証を保険医療機関に提出しなかった場合の差額支給申請書）</p> <p>第17条の2 省令第27条の14の5第6項の規定により提出する申請書及び国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証を保険医療機関に提出しなかったために国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号。<u>以下「令」という。</u>）第29条の4第1項第2号イ若しくはロ又は第3号イ、ロ、ハ若しくはニに掲げる額を支払った場合における同項第2号ハ若しくはニ又は第3号ホを超える額の支給申請は、<u>国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書</u>によるものとする。</p> <p>（食事療養標準負担額減額差額支給申請の支給決定等の通知）</p> <p>第18条 市長は、食事療養標準負担額減額差額の支給の可否を決定したときは、<u>支給決定通知書（療養費）</u>（様式第16号）又は<u>不支給決定通知書（療養費）</u>（様式第17号）により当該申請者に通知しなければならない。</p> <p>（限度額適用・標準負担額差額支給申請の支給決定等の通知）</p> <p>第18条の2 市長は、一部負担金限度額適用及び食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額差額の支給の可否を決定したときは、<u>支給決定通知書（療養費）</u>又は<u>不支給決定通知書（療養費）</u>により当該申請者に通知しなければならない。</p> | <p>（国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証を保険医療機関に提出しなかった場合の差額支給申請書）</p> <p>第17条の2 省令第27条の14の5第6項の規定により提出する申請書及び国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証を保険医療機関に提出しなかったために国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第29条の4第1項第2号イ若しくはロ又は第3号イ、ロ、ハ若しくはニに掲げる額を支払った場合における同項第2号ハ若しくはニ又は第3号ホを超える額の支給申請は、<u>国民健康保険限度額適用・標準負担額差額支給申請書（様式第15号の2）</u>によるものとする。</p> <p>（食事療養標準負担額減額差額支給申請の支給決定等の通知）</p> <p>第18条 市長は、食事療養標準負担額減額差額の支給の可否を決定したときは、<u>食事療養標準負担額減額差額支給決定兼支払通知書（様式第16号）</u>又は<u>国民健康保険食事療養標準負担額減額差額不支給決定通知書（様式第17号）</u>により当該申請者に通知しなければならない。</p> <p>（限度額適用・標準負担額差額支給申請の支給決定等の通知）</p> <p>第18条の2 市長は、一部負担金限度額適用及び食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額差額の支給の可否を決定したときは、<u>国民健康保険限度額適用・標準負担額差額支給決定兼支払通知書（様式第16号の2）</u>又は<u>国民健康保険限度額適用・標準負担額差額不支給決定通知書（様式第1</u></p> |

(療養費の支給決定等の通知)

第21条 市長は、療養費の支給の可否を決定したときは、速やかに支給決定通知書（療養費）又は不支給決定通知（療養費）により当該申請者に通知しなければならない。ただし、協定又は契約により受領委任の取扱いをする場合は、この限りでない。

(特定疾病認定申請書の様式)

第25条 省令第27条の13第1項の規定により提出する特定疾病認定申請書は、国民健康保険特定疾病認定申請書（様式第25号）によるものとする。

(特別療養費支給申請書の様式)

第26条 省令第27条の5第1項の規定により提出する特別療養費支給申請書は、国民健康保険療養費支給申請書によるものとする。

(特別療養費の支給決定等の通知)

第27条 市長は、特別療養費の支給の可否を決定したときは、速やかに支給決定通知書（療養費）又は不支給決定通知書（療養費）により当該申請者に通知するものとする。

(移送費支給申請書の様式)

第28条 省令第27条の11第1項の規定により提出する移送費支給申請書は、国民健康保険療養費支給申請書によるものとする。

(移送費の支給決定等の通知)

第30条 市長は、移送費の支給の可否を決定したときは、速やかに支給決定通知書（療養費）又は不支給決定通知書（療養費）により当該申請者に通知するものとする。

(出産育児一時金の申請)

第31条の2 条例第6条の規定により出産育児一時金の支給を受けようとする者は、国民健康保険出産育児一時金支給申請書（様式第33号）にその事実を証する書類（当該分娩の事実が確認できる場合は除く。）を添付して市長に提出しなければならない。

7号の2）により当該申請者に通知しなければならない。

(療養費の支給決定等の通知)

第21条 市長は、療養費の支給の可否を決定したときは、速やかに国保療養費支給決定通知（様式第19号）又は国民健康保険療養費不支給決定通知書（様式第20号）により当該申請者に通知しなければならない。ただし、協定又は契約により受領委任の取扱いをする場合は、この限りでない。

(特定疾病認定申請書の様式)

第25条 省令第27条の13第1項の規定により提出する特定疾病認定申請書は、特定疾病認定申請書（様式第25号）によるものとする。

(特別療養費支給申請書の様式)

第26条 省令第27条の5第1項の規定により提出する特別療養費支給申請書は、特別療養費支給申請書（様式第26号）によるものとする。

(特別療養費の支給決定等の通知)

第27条 市長は、特別療養費の支給の可否を決定したときは、速やかに国民健康保険特別療養費支給決定通知（様式第27号）又は国民健康保険特別療養費不支給決定通知書（様式第28号）により当該申請者に通知するものとする。

(移送費支給申請書の様式)

第28条 省令第27条の11第1項の規定により提出する移送費支給申請書は、国民健康保険移送費支給申請書（様式第29号）によるものとする。

(移送費の支給決定等の通知)

第30条 市長は、移送費の支給の可否を決定したときは、速やかに移送費支給決定通知（様式第31号）又は国民健康保険移送費不支給決定通知書（様式第32号）により当該申請者に通知するものとする。

(出産育児一時金の申請)

第31条の2 条例第6条の規定により出産育児一時金の支給を受けようとする者は、出産育児一時金支給申請書（様式第33号）にその事実を証する書類（当該分娩の事実が確認できる場合は除く。）を添付して市長に提出しなければならない。

(出産育児一時金の支給決定等の通知)

第32条 市長は、出産育児一時金の支給の可否を決定したときは、速やかに支給決定通知書（出産育児一時金）（様式第34号）若しくは支給決定通知書（出産育児一時金直接支払）（様式第34号の2）又は不支給決定通知書（様式第35号）により当該申請者に通知するものとする。

(葬祭費の申請)

第33条 条例第7条の規定により葬祭費の支給を受けようとする者は、国民健康保険葬祭費支給申請書（様式第36号）にその事実を証する書類（当該死亡の事実が確認できる場合は除く。）を添付して市長に提出しなければならない。

(葬祭費の支給決定等の通知)

第34条 市長は、葬祭費の支給の可否を決定したときは、速やかに支給決定通知書（葬祭費）（様式第37号）又は不支給決定通知書（様式第38号）により当該申請者に通知するものとする。

(高額療養費の支給決定等の通知)

第36条 市長は、高額療養費の支給の可否を決定したときは、速やかに支給決定通知書（高額療養費）（様式第40号）又は不支給決定通知書（様式第41号）により当該申請者に通知するものとする。

(年間外来高額療養費の支給決定の通知)

第38条 市長は、年間の外来高額療養費の支給の可否を決定したときは、速やかに高額療養費（外来年間合算）支給・不支給決定通知書（様式第43号）により当該申請者に通知するものとする。

(診療報酬返還請求通知書の様式)

第42条 国民健康保険の資格を喪失した後に受診した者等に対する診療報酬返還請求通知書は、返還通知書（様式第47号）によるものとする。

(一部負担金の負担区分決定の交付等)

第44条 市長は、前条の基準収入額適用申請書を受理した場合において、その審査の結果、令第27条の2第3項に該当すると認めたときは、法第42条に規定する割合を記載した省令第6条第1項に規定する資格確認書又は省令第7条の3第1項に規定する資格情報通知書を申請者に交付する。

(出産育児一時金の支給決定等の通知)

第32条 市長は、出産育児一時金の支給の可否を決定したときは、速やかに出産育児一時金支給決定通知（様式第34号）又は出産育児一時金不支給決定通知書（様式第35号）により当該申請者に通知するものとする。

(葬祭費の申請)

第33条 条例第7条の規定により葬祭費の支給を受けようとする者は、葬祭費支給申請書（様式第36号）にその事実を証する書類（当該死亡の事実が確認できる場合は除く。）を添付して市長に提出しなければならない。

(葬祭費の支給決定等の通知)

第34条 市長は、葬祭費の支給の可否を決定したときは、速やかに葬祭費支給決定通知（様式第37号）又は葬祭費不支給決定通知書（様式第38号）により当該申請者に通知するものとする。

(高額療養費の支給決定等の通知)

第36条 市長は、高額療養費の支給の可否を決定したときは、速やかに高額療養費支給決定通知（様式第40号）又は国民健康保険高額療養費不支給決定通知書（様式第41号）により当該申請者に通知するものとする。

(年間外来高額療養費の支給決定の通知)

第38条 市長は、年間の外来高額療養費の支給の可否を決定したときは、速やかに年間外来高額療養費支給（不支給）決定通知書（様式第43号）により当該申請者に通知するものとする。

(診療報酬返還請求通知書の様式)

第42条 国民健康保険の資格を喪失した後に受診した者等に対する診療報酬返還請求通知書は、国民健康保険療養給付費の返納について（様式第47号）によるものとする。

(一部負担金の負担区分決定の通知)

第44条 市長は、一部負担金の負担区分の決定を行ったときは、速やかに基準収入額（適用・不適用）決定通知書（様式第49号）により当該申請者に通知するものとする。

2 市長は、前条の基準収入額適用申請書を受理した場合において、その審査の結果、令第27条の2第3項に該当しないと認めたときは、基準収入額適用申請却下通知書（様式第49号）により申請者に通知するものとする。

様式第13号及び様式第15号を次のように改める。

|                           |                   |                      |     |              |       |
|---------------------------|-------------------|----------------------|-----|--------------|-------|
| 被保険者記号・番号                 |                   |                      |     |              |       |
| 限度額適用<br>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 |
| 長期入院                      | 該当                | ・                    | 非該当 | 交通事故等の第三者行為  | 有 ・ 無 |
| ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。 |                   |                      |     | 入院日数合計 ( 日間) |       |
| (1)                       | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで |     | 日間           |       |
|                           | 入院をした保険医療機関等      | 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<br>年 月 日 まで |     | 日間           |       |
|                           | 入院をした保険医療機関等      | 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<br>年 月 日 まで |     | 日間           |       |
|                           | 入院をした保険医療機関等      | 名称                   |     |              |       |
|                           |                   | 所在地                  |     |              |       |
| (4)                       | 申請日の前1年間の入院期間(日数) | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで |     | 日間           |       |
|                           | 入院をした保険医療機関等      | 名称                   |     |              |       |
|                           |                   | 所在地                  |     |              |       |

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

(宛先) さいたま市長

年 月 日

※世帯主以外の方が代理で申請する場合は、以下の欄も記入してください。

|            |     |                                       |  |           |  |
|------------|-----|---------------------------------------|--|-----------|--|
| 申請者氏名      |     | 住所                                    |  | □世帯主と同じ   |  |
|            |     |                                       |  |           |  |
| 申請者の本人確認   |     |                                       |  |           |  |
|            |     |                                       |  |           |  |
| 処理欄        | 認定等 | イ 市町村民税非課税証明書                         |  | 受付番号(第 号) |  |
|            |     | ロ 保護申請却下通知書                           |  | 交付番号(第 号) |  |
|            |     | ハ 公簿 ( )                              |  | 認定等年月日    |  |
|            |     | ニ 却下 (理由 )                            |  | 年 月 日     |  |
| 差額支給 有 ・ 無 |     | 食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号(第 号)             |  |           |  |
| 所得区分       |     | ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ 低Ⅰ ・ 低Ⅱ ・ 現Ⅰ ・ 現Ⅱ |  |           |  |

マイナンバー保険証で、限度額適用認定証の申請が不要となり、高額療養費の限度額超過分が免除されます。

様式第15号（第17条、第17条の2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 | 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提出ができなかった理由 |         |                                                                                                |           |                         |   |      |      |   |   |                 |   |    |
| ア. 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    |         |                                                                                                |           |                         |   |      |      |   |   |                 |   |    |
| イ. 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）<br><input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。 |           |                         |   |      |      |   |   |                 |   |    |
| 振 込 先                                |         | 金融機関                                                                                           |           | 銀行・信金<br>金庫・信託<br>信組・農協 |   |      |      |   |   | 本店<br>支店<br>出張所 |   |    |
|                                      |         | (フリガナ)                                                                                         |           |                         |   |      |      |   |   |                 |   |    |
|                                      |         | 口座名義人                                                                                          |           |                         |   |      |      |   |   |                 |   |    |
|                                      |         | 口座種別                                                                                           |           | 普通・当座・その他（ ）            |   | 口座番号 |      |   |   |                 |   |    |
| 給付金代理<br>受領委任状                       |         | 上記申請の給付について受領を委任者（振込先氏名）に委任します。<br>世帯主（氏名）※本人が手書きしない場合は記名押印してください。                             |           |                         |   |      |      |   |   |                 |   |    |
| ※世帯主以外の方が代理で申請する場合は、以下の欄も記入してください。   |         |                                                                                                |           |                         |   |      |      |   |   |                 |   |    |
| 申請者氏名                                |         | 住所 □世帯主と同じ                                                                                     |           |                         |   |      |      |   |   |                 |   |    |
|                                      |         |                                                                                                |           |                         |   |      |      |   |   |                 |   |    |

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。  
(宛先)さいたま市長 年 月 日

|          |      |   |          |       |          |                                                      |  |  |  |  |  |
|----------|------|---|----------|-------|----------|------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 申請者の身分確認 |      |   |          |       |          |                                                      |  |  |  |  |  |
|          |      |   |          |       |          |                                                      |  |  |  |  |  |
| 処 理 欄    | 差額支給 | ア | ( - )    | 円×( ) | 食 = ( )円 | 受付番号 (第 号)<br>交付番号 (第 号)<br>合計 ( ) 円<br>支給等年月日 年 月 日 |  |  |  |  |  |
|          |      | イ | ( - )    | 円×( ) | 食 = ( )円 |                                                      |  |  |  |  |  |
|          |      | ウ | ( - )    | 円×( ) | 食 = ( )円 |                                                      |  |  |  |  |  |
|          |      | エ | ( - )    | 円×( ) | 食 = ( )円 |                                                      |  |  |  |  |  |
|          |      | オ | 却下 (理由 ) |       |          |                                                      |  |  |  |  |  |

様式第15号の2を削り、様式第16号を次のように改める。



印

記

|       |          |     |       |     |       |
|-------|----------|-----|-------|-----|-------|
| 金額    | 円        |     |       |     |       |
| 支給決定日 |          |     |       |     |       |
| 振込期日  |          |     |       |     |       |
| 金融機関  | 銀行 支店    |     |       |     |       |
| 内 訳   |          |     |       |     |       |
| 申請日   | 申請者（世帯主） | 対象者 | 療養費種別 | 充当額 | 差引支払額 |
|       |          |     |       |     |       |

(教示)

- 1 この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に埼玉県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。なお、3箇月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- 2 この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求に対する判決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内にさいたま市を被告として（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、6箇月以内であっても、判決の日の翌日から起算して1年を経過すると取消しの訴えを提起することができなくなります。
- 3 この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求の判決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当する場合においては、審査請求の判決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3箇月を経過しても判決がないとき。
  - (2) 処分、処分の執行又は手続の続行により生じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) 前2号に掲げるもののほか、判決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第 16 号の 2 を削り、様式第 17 号を次のように改める。

さいたま市長



先に申請のあった国民健康保険療養費の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

|        |          |     |       |     |       |
|--------|----------|-----|-------|-----|-------|
| 金額     | 円        |     |       |     |       |
| 不支給決定日 |          |     |       |     |       |
| 不支給理由  |          |     |       |     |       |
| 内 訳    |          |     |       |     |       |
| 申請日    | 申請者（世帯主） | 対象者 | 療養費種別 | 充当額 | 差引支払額 |
|        |          |     |       |     |       |

(教示)

- 1 この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に埼玉県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。なお、3箇月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- 2 この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内にさいたま市を被告として（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、6箇月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると取消しの訴えを提起することができなくなります。
- 3 この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求の裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当する場合においては、審査請求の裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3箇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じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第 17 号の 2 を削り、様式第 18 号を次のように改める。

## 国民健康保険療養費支給申請書

支給額

円

上記金額を支給されるよう申請します。

（宛先）さいたま市長

年 月 日

|                                    |                                                                                                |       |                 |                                 |                 |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------|---------------------------------|-----------------|
| 被保険者<br>記号・番号                      |                                                                                                |       | 世帯主名            |                                 |                 |
| 診 療 を<br>受けた人                      | (フリガナ)<br>氏 名                                                                                  |       | 個人番号            |                                 | 申請者との<br>続 柄    |
|                                    | 住 所                                                                                            |       |                 |                                 |                 |
|                                    | 診療期間                                                                                           | 自     |                 | 生年月日                            | 年 月 日           |
|                                    | 発病負傷日                                                                                          |       |                 | 診療<br>日数                        | 日               |
|                                    | 傷病名                                                                                            |       |                 |                                 |                 |
|                                    | 受診した<br>医療機関                                                                                   | 名称    | ( )             |                                 | 診療科             |
|                                    |                                                                                                | 所在地   |                 |                                 |                 |
|                                    | 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<br>一部負担    | 円                               | 併用公費又は<br>福祉の名称 |
|                                    | 審査<br>認定額                                                                                      | 円     | 交通事故等の第三者行為     |                                 | 有 ・ 無           |
| 療養の給付を<br>受けることが<br>できなかった<br>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）。<br><input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。 |       |                 |                                 |                 |
| 振込先                                | 銀行・信金<br>金庫・信託<br>信組・農協                                                                        |       | 本店<br>支店<br>出張所 | (フリガナ)<br>口座名義人                 |                 |
|                                    | 口座種別                                                                                           | 金融機関  | 支店              | 口座番号<br>(右詰め)                   |                 |
|                                    | 普通・当座・その他 ( )                                                                                  |       |                 |                                 |                 |
| 点 数                                |                                                                                                | 総医療費  |                 | 薬剤一部負担金                         |                 |
| 負担率                                |                                                                                                | 一部負担額 |                 | 支給額                             |                 |
| 給付金代理<br>受領委任状                     | 上記申請の給付について受領を受任者（振込先氏名）に委任します。<br>世帯主（氏名） ※本人が手書きしない場合は記名押印してください                             |       |                 |                                 |                 |
| ※世帯主以外の方が代理で申請する場合は、以下の欄も記入してください。 |                                                                                                |       |                 |                                 |                 |
| 申請者氏名                              |                                                                                                | 住所    |                 | <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ |                 |
|                                    |                                                                                                |       |                 |                                 |                 |

様式第 19 号及び様式第 20 号を次のように改める。

様式第19号及び様式第20号 削除

様式第 25 号を次のように改める。



国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

(宛先) さいたま市長

下記のとおり申請します。

|                                 |                                                                                              |                                                                                                      |      |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 被 保 険 者<br>記 号 ・ 番 号            |                                                                                              |                                                                                                      |      |
| 認<br>定<br>申<br>請<br>対<br>象<br>者 | 氏 名                                                                                          |                                                                                                      | 個人番号 |
|                                 | 生年月日                                                                                         | 年 月 日                                                                                                |      |
|                                 | 疾 病 名                                                                                        | 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>2 血しょう分画製剤を投与している先天性血液凝固第VIII因子障害又は先天性血液凝固第IX因子障害<br>3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 |      |
| 医<br>師<br>の<br>意<br>見<br>欄      | 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。<br><br>年 月 日<br><br>名 称<br>医療機関の 所在地<br>医師名<br>※医師の署名以外は記名押印してください |                                                                                                      |      |

※世帯主以外の方が代理で申告する場合は、下記の欄も記入して下さい。

|    |    |                                 |
|----|----|---------------------------------|
| 氏名 | 住所 | <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ |
|    |    |                                 |

|          |  |
|----------|--|
| 申請人の身分確認 |  |
|          |  |
|          |  |

様式第26号から様式第29号までを次のように改める。

様式第26号から様式第29号まで 削除

様式第 3 1 号及び様式第 3 2 号を次のように改める。

様式第 3 1 号及び様式第 3 2 号 削除

様式第 3 3 号及び様式第 3 4 号を次のように改める。

## 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。

(宛先) さいたま市長

年 月 日

|                                    |                                                                                                |                         |                                |               |                 |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|---------------|-----------------|
| 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）。<br><input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。 |                         |                                |               |                 |
| 振 込 先                              | 金融機関                                                                                           | 銀行・信金<br>金庫・信託<br>信組・農協 |                                |               | 本店<br>支店<br>出張所 |
|                                    | (フリガナ)<br>口座名義人                                                                                |                         |                                |               |                 |
|                                    | 口座種別                                                                                           | 普通・当座・その他 ( )           | 口座番号                           |               |                 |
| 被 保 険 者<br>記号・番号                   |                                                                                                |                         | 世帯主氏名                          |               |                 |
| (フリガナ)<br>出産した被<br>保険者氏名           |                                                                                                |                         |                                |               |                 |
| 個人番号                               |                                                                                                |                         |                                | 世 帯 主<br>との続柄 |                 |
| 出 産 の<br>年 月 日                     |                                                                                                |                         | 支払種別<br>(出生前の請求は、<br>貸付となります。) |               |                 |
| 分べん者の国民健康保険取得日                     | 年 月 日                                                                                          |                         | 分べん者の6箇月以内の社会保険加入              | 有 ・ 無         |                 |
| 給付金代理<br>受領委任状                     | 上記申請の給付について受領を受任者(振込先氏名) に委任します。<br>世帯主(氏名) ※本人が手書きしない場合は記名押印してください                            |                         |                                |               |                 |
| ※世帯主以外の方が代理で申請する場合は、以下の欄も記入してください。 |                                                                                                |                         |                                |               |                 |
| 申請者氏名                              |                                                                                                | 住所 □世帯主と同じ              |                                |               |                 |
| 申請者の本人確認                           |                                                                                                |                         |                                |               |                 |
|                                    |                                                                                                |                         |                                |               |                 |

年 月 日

様

さいたま市長 印

支給決定通知書（出産育児一時金）

先に申請のあった出産育児一時金の支給については、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 |          |     |       |            |       |
| 振込期日  |          |     |       |            |       |
| 金融機関  | 銀行 支店    |     |       |            |       |
| 内 訳   |          |     |       |            |       |
| 申請日   | 申請者（世帯主） | 対象者 | 療養費種別 | 貸付額<br>充当額 | 差引支払額 |
|       |          |     |       |            |       |

（教示）

- 1 この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に埼玉県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。なお、3箇月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- 2 この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内にさいたま市を被告として（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、6箇月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると取消しの訴えを提起することができなくなります。
- 3 この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求の裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当する場合においては、審査請求の裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

(1) 審査請求があった日の翌日から起算して3箇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じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

(3) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。



様式第34号の次に次の1様式を加える。

さいたま市長 印

先に申請のあった出産育児一時金の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

|                                                                                                                                                                                                |     |     |              |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|--------------|---------------|
| 金額                                                                                                                                                                                             | 円   |     |              |               |
| 支給決定日                                                                                                                                                                                          |     |     |              |               |
| 振込期日                                                                                                                                                                                           |     |     |              |               |
| 金融機関                                                                                                                                                                                           |     |     |              |               |
| 内 訳                                                                                                                                                                                            |     |     |              |               |
| 医療機関等名称                                                                                                                                                                                        | 対象者 | 支給額 | 充当額<br>代理受取額 | 差額支給額<br>支払済額 |
| <p>※「差額支給額」欄に金額の記載がある場合、出産費用が出産育児一時金支給額を下回っておりますので、区役所に申請することで、差額の支給を受けることができます。</p> <p>なお、出産の日の翌日から2年を経過しますと、時効により申請できなくなりますので、ご注意ください。</p> <p>申請について、詳しくは、本通知に記載されている問い合わせ先までお問い合わせください。</p> |     |     |              |               |

- 1 この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に埼玉県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。なお、3箇月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- 2 この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内にさいたま市を被告として（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、6箇月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると取消しの訴えを提起することができなくなります。
- 3 この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求の裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当する場合においては、審査請求の裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3箇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じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第 3 5 号から様式第 4 5 号まで及び様式第 4 7 号から様式第 4 9 号までを次のように改める。

さいたま市長 印

先に申請のあった出産育児一時金の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

|        |          |     |       |     |       |
|--------|----------|-----|-------|-----|-------|
| 金額     | 円        |     |       |     |       |
| 不支給決定日 | 年 月 日    |     |       |     |       |
| 不支給理由  |          |     |       |     |       |
| 内 訳    |          |     |       |     |       |
| 申請日    | 申請者（世帯主） | 対象者 | 療養費種別 | 貸付額 | 差引支払額 |
|        |          |     |       | 充当額 |       |

1. この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に埼玉県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。なお、3箇月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
2. この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内にさいたま市を被告として（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、6箇月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると取消しの訴えを提起することができなくなります。
3. この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求の裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当する場合においては、審査請求の裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3箇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じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

|                                        |                                                                                               |                         |                      |       |  |                 |       |               |  |                 |                                     |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------|-------|--|-----------------|-------|---------------|--|-----------------|-------------------------------------|
| 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）<br><input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。 |                         |                      |       |  |                 |       |               |  |                 |                                     |
| 振 込 先                                  | 金融機関                                                                                          | 銀行・信金<br>金庫・信託<br>信組・農協 |                      |       |  |                 |       |               |  | 本店<br>支店<br>出張所 |                                     |
|                                        | (フリガナ)<br>口座名義人                                                                               |                         |                      |       |  |                 |       |               |  |                 |                                     |
|                                        | 口座種別                                                                                          | 普通・当座・その他（ ）            | 口座番号                 |       |  |                 |       |               |  |                 |                                     |
| 被 保 険 者<br>記号・番号                       |                                                                                               |                         | 世帯主氏名                |       |  |                 |       |               |  |                 |                                     |
| (フリガナ)<br>出産した被<br>保険者氏名               |                                                                                               |                         |                      |       |  |                 |       | 申 請 者<br>との続柄 |  |                 |                                     |
| 死 亡<br>年 月 日                           | (喪失日 )                                                                                        |                         |                      |       |  |                 |       |               |  |                 |                                     |
| 葬 祭 執 行<br>年 月 日                       |                                                                                               |                         |                      |       |  | 交通事故等の<br>第三者行為 | 有 ・ 無 |               |  |                 |                                     |
| 死亡者の国民健康保険<br>取得日                      | 年 月 日                                                                                         |                         | 死亡者の3箇月以内の社会保険<br>加入 | 有 ・ 無 |  |                 |       |               |  |                 |                                     |
| 給付金代理<br>受領委任状                         | 上記申請の給付について受領を受任者（振込先氏名） に委任します。<br>葬儀を行った方（氏名） ※本人が手書きしない場合は記名押印してください                       |                         |                      |       |  |                 |       |               |  |                 |                                     |
| ※葬儀を行った方以外の方が代理で申告する場合は、下記の欄も記入してください。 |                                                                                               |                         |                      |       |  |                 |       |               |  |                 |                                     |
| 氏名                                     |                                                                                               |                         | 住所                   |       |  |                 |       |               |  |                 | <input type="checkbox"/> 葬儀を行った方と同じ |
|                                        |                                                                                               |                         |                      |       |  |                 |       |               |  |                 |                                     |
| 申請者の本人確認                               |                                                                                               |                         |                      |       |  |                 |       |               |  |                 |                                     |
|                                        |                                                                                               |                         |                      |       |  |                 |       |               |  |                 |                                     |

様

さいたま市長 

支給決定通知書（葬祭費）

先に申請のあった葬祭費の支給については、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 |          |     |     |       |
| 振込期日  |          |     |     |       |
| 金融機関  | 銀行 支店    |     |     |       |
| 内 訳   |          |     |     |       |
| 申請日   | 申請者（世帯主） | 対象者 | 充当額 | 差引支払額 |
|       |          |     |     |       |

（教示）

- 1 この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に埼玉県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。なお、3箇月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- 2 この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内にさいたま市を被告として（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、6箇月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると取消しの訴えを提起することができなくなります。
- 3 この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求の裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当する場合においては、審査請求の裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3箇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じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

年 月 日

様

さいたま市長 

不支給決定通知書

先に申請のあった葬祭費の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

|        |          |     |     |       |  |
|--------|----------|-----|-----|-------|--|
| 金額     | 円        |     |     |       |  |
| 不支給決定日 | 年 月 日    |     |     |       |  |
| 不支給理由  |          |     |     |       |  |
| 内 訳    |          |     |     |       |  |
| 申請日    | 申請者（世帯主） | 対象者 | 充当額 | 差引支払額 |  |
|        |          |     |     |       |  |

(教示)

- 1 この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に埼玉県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。なお、3箇月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- 2 この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内にさいたま市を被告として（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、6箇月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると取消しの訴えを提起することができなくなります。
- 3 この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求の裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当する場合においては、審査請求の裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3箇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じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

高額療養費の支給申請について。(お知らせ)

記

7. 世帯主がお亡くなりになった場合

世帯主が亡くなった場合には、世帯主の相続人に支給されます。相続人が申請する場合、亡くなった世帯主と相続人（申請者）との関係が分かる戸籍謄本及び所定の委任状等を添付していただく必要があります。また、左側の申請書の世帯主欄には、相続人代表者の氏名等をご記入ください。なお、相続を放棄された場合は支給されません。

8. その他  
一部負担金の額は、医療機関等からの医療費の請求に基づいて算定していますので、医療機関等窓口での負担額と一致しない場合がございますがご了承ください。

申請についてご不明な点がございましたら、お住まいの区役所保蔵年金課までお問い合わせください。

※本人が手書きしない場合は記名押印してください。

※社外の方々が代理で申請する場合は、以下の欄も記入してください。

□世帯主と同じ



年 月 日

様

さいたま市長 印

支給決定通知書(高額療養費)

先に申請のあった高額療養費の支給については、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 |          |     |             |            |       |
| 振込期日  |          |     |             |            |       |
| 金融機関  | 銀行 支店    |     |             |            |       |
| 内 訳   |          |     |             |            |       |
| 申請日   | 申請者（世帯主） | 対象者 | 支給額<br>支給済額 | 貸付額<br>充当額 | 差引支払額 |
|       |          |     |             |            |       |

(教示)

- 1 この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に埼玉県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。なお、3箇月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- 2 この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内にさいたま市を被告として（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、6箇月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると取消しの訴えを提起することができなくなります。
- 3 この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求の裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当する場合においては、審査請求の裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

(1) 審査請求があった日の翌日から起算して3箇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じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

(3) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

年 月 日

様

さいたま市長 印

不支給決定通知書

先に申請のあった高額療養費の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

| 金額     | 円        |     |             |            |       |
|--------|----------|-----|-------------|------------|-------|
| 不支給決定日 |          |     |             |            |       |
| 不支給理由  |          |     |             |            |       |
| 内 訳    |          |     |             |            |       |
| 申請日    | 申請者（世帯主） | 対象者 | 支給額<br>支給済額 | 貸付額<br>充当額 | 差引支払額 |
|        |          |     |             |            |       |

（教示）

- 1 この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に埼玉県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。なお、3箇月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- 2 この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内にさいたま市を被告として（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、6箇月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると取消しの訴えを提起することができなくなります。
- 3 この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求の裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当する場合においては、審査請求の裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

(1) 審査請求があった日の翌日から起算して3箇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じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

(3) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

|                                                   |  |                                                                                                                                |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     |                          |    |                         |  |
|---------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------|---|-----------------|---|-------|---|------------------------------------|-----|--------------------------|----|-------------------------|--|
| 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 | 校中                       | 校目 |                         |  |
| フリガナ                                              |  |                                                                                                                                |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     |                          |    | 添付の自己負担額証明書整理番号         |  |
| 申請者氏名                                             |  |                                                                                                                                |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     |                          |    |                         |  |
| 生年月日                                              |  | 年 月 日 生                                                                                                                        |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     | 年 月 日から 年 月 日まで          |    |                         |  |
| 被保険者<br>記号・番号                                     |  | 個人番号                                                                                                                           |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     | 年 月 日から 年 月 日まで          |    |                         |  |
| 計算の対象となる加入期間                                      |  |                                                                                                                                |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     |                          |    | 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                                              |  | <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。※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。 |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     |                          |    |                         |  |
| 口座振込                                              |  | 金融機関コード                                                                                                                        |             | 銀行・信金<br>金庫・信託<br>信用・農協 |   | 本店<br>支店<br>出張所 |   | 店舗コード |   | 種目<br>1. 普通預金<br>2. 当座預金<br>9. その他 |     | 口座番号                     |    | フリガナ                    |  |
| フリガナ                                              |  |                                                                                                                                |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     |                          |    | 添付の自己負担額証明書整理番号         |  |
| 世帯員氏名                                             |  |                                                                                                                                |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     | 年 月 日から 年 月 日まで          |    |                         |  |
| 被保険者<br>記号・番号                                     |  | 個人番号                                                                                                                           |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     | 年 月 日から 年 月 日まで          |    |                         |  |
| 生年月日                                              |  | 年 月 日 生                                                                                                                        |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     | 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         |  |
| フリガナ                                              |  |                                                                                                                                |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     | 添付の自己負担額証明書整理番号          |    |                         |  |
| 世帯員氏名                                             |  |                                                                                                                                |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     | 年 月 日から 年 月 日まで          |    |                         |  |
| 被保険者<br>記号・番号                                     |  | 個人番号                                                                                                                           |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     | 年 月 日から 年 月 日まで          |    |                         |  |
| 生年月日                                              |  | 年 月 日 生                                                                                                                        |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     | 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         |  |
| 備考                                                |  |                                                                                                                                |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     |                          |    |                         |  |
| （宛先）さいたま市長                                        |  |                                                                                                                                |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     |                          |    |                         |  |
| (1) 外来年間合算の支給を申請します。                              |  |                                                                                                                                |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     |                          |    |                         |  |
| (2) 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)のいずれも丸で囲んでください。        |  |                                                                                                                                |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     |                          |    |                         |  |
| 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。               |  |                                                                                                                                |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     |                          |    |                         |  |
| 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 |  |                                                                                                                                |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     |                          |    |                         |  |
| 給付金代理<br>受領委任状                                    |  | 上記申請の給付について受領を委任者（振込先氏名）に委任します。                                                                                                |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     | ※本人が手書きしない場合は記名押印してください。 |    |                         |  |
| 世帯主（氏名）                                           |  |                                                                                                                                |             |                         |   |                 |   |       |   |                                    |     | 申請年月日 年 月 日              |    |                         |  |

年 月 日

様

さいたま市長 

高額療養費（外来年間合算）支給・不支給決定通知書

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。

|                   |           |       |        |  |        |  |
|-------------------|-----------|-------|--------|--|--------|--|
| 申請者氏名             |           |       | 被保険者記号 |  | 被保険者番号 |  |
| 計算対象期間            | 年 月 ~ 年 月 |       |        |  |        |  |
| 申請年月日             | 年 月 日     | 決定年月日 | 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                |           |       |        |  |        |  |
| 振込先               | 金融機関      |       |        |  |        |  |
|                   | 口座種別      |       |        |  |        |  |
|                   | 口座番号      |       |        |  |        |  |
|                   | 口座名義人     |       |        |  |        |  |
| 問合せ先              |           |       |        |  |        |  |

- (教示)
- この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に埼玉県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。なお、3箇月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
  - この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内にさいたま市を被告として（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、6箇月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると取消しの訴えを提起することができなくなります。
  - この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求の裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当する場合においては、審査請求の裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
    - 審査請求があった日の翌日から起算して3箇月を経過しても裁決がないとき。
    - 処分、処分の執行又は手続の続行により生じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
    - 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

|        |    |      |      |      |       |           |         |             |           |
|--------|----|------|------|------|-------|-----------|---------|-------------|-----------|
| 申請対象年度 | 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 | 年 月 ~ 年 月 |
| 氏名     |    |      |      | 個人番号 |       |           |         |             |           |

|            |        |        |    |       |  |  |         |     |     |
|------------|--------|--------|----|-------|--|--|---------|-----|-----|
| 国民健康保険資格情報 |        |        |    |       |  |  |         |     |     |
| 保険者番号      | 被保険者記号 | 被保険者番号 | 続柄 | 保険者名称 |  |  | 加入期間    |     |     |
|            |        |        |    |       |  |  | 年 月 日から | 年 月 | 日まで |

|             |        |        |  |  |         |     |     |  |  |
|-------------|--------|--------|--|--|---------|-----|-----|--|--|
| 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    |     |     |  |  |
|             |        |        |  |  | 年 月 日から | 年 月 | 日まで |  |  |

|          |        |       |  |  |         |     |     |  |  |
|----------|--------|-------|--|--|---------|-----|-----|--|--|
| 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    |     |     |  |  |
|          |        |       |  |  | 年 月 日から | 年 月 | 日まで |  |  |

|      |        |         |                         |         |                 |       |                           |      |      |                   |
|------|--------|---------|-------------------------|---------|-----------------|-------|---------------------------|------|------|-------------------|
| 口座振込 | 口座管理番号 | 振込口座記入欄 | 銀行・信託<br>金庫・信託<br>信組・農協 | 金融機関コード | 本店<br>支店<br>出張所 | 店舗コード | 1.普通預金<br>2.当座預金<br>9.その他 | 口座番号 | フリガナ | 振込先<br>口座管理<br>番号 |
|      |        |         |                         |         |                 |       |                           |      |      |                   |

|      |  |      |                 |  |
|------|--|------|-----------------|--|
| 保険者名 |  | 加入期間 | 添付の自己負担額証明書整理番号 |  |
| 1    |  |      |                 |  |
| 2    |  |      |                 |  |
| 3    |  |      |                 |  |

|        |     |  |
|--------|-----|--|
| 保険者加入歴 | 備考欄 |  |
|--------|-----|--|

(宛先) さいたま市長

(1) 上記対象者について、高額介護合算療養費の支給を申請します。

(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。

※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。

高額介護合算療養費の支給申請を行う場合、(1)のみを丸で囲んでください。

本申請をもって、保険者加入歴に記録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

|                |                                                                             |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 給付金代理<br>受領委任状 | 上記申請の給付について受領を委任者（振込先氏名）<br>世帯主（氏名）<br>に委任します。<br>※本人が手書きしない場合は記名押印をしてください。 |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------|

年 月 日

様

さいたま市長



## 高額介護合算療養費支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました高額介護合算療養費の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

|        |  |        |  |        |  |
|--------|--|--------|--|--------|--|
| 被保険者氏名 |  | 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<br>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 |       |  |
|---------|-------|--|
| 振込先     | 金融機関  |  |
|         | 口座種目  |  |
|         | 口座番号  |  |
|         | 口座名義人 |  |

|  |
|--|
|  |
|--|

## (教示)

- 1 この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に埼玉県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。なお、3箇月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- 2 この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内にさいたま市を被告として（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、6箇月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると取消しの訴えを提起することができなくなります。
- 3 この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求の裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当する場合においては、審査請求の裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3箇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じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様

さいたま市長 印

返還通知書

あなた（あなたの家族）は、国民健康保険で診療を受けられましたが、下記の理由によって被保険者の資格を喪失しております。したがって、診療総額のうち当市で負担した下記の金額を同封の納付書にて返納していただきますようお願いいたします。  
※返納後の手続については、別紙「医療費の返納について（お願い）」を参照してください。

記

- (1) 返納していただく保険給付の種類
- (2) 返納していただく理由
- (3) 返納していただく保険給付の明細

| 氏名<br>診療機関名 | 診療月 | 種類 | 診療総額<br>食事基準額 | 保険者負担額<br>食事保険者負担額 | 請求金額<br>円 |
|-------------|-----|----|---------------|--------------------|-----------|
|             |     |    |               |                    |           |
|             |     |    |               |                    |           |
|             |     |    |               |                    |           |
|             |     |    |               |                    |           |
|             |     |    |               |                    |           |
|             |     |    |               |                    |           |
|             |     |    |               |                    |           |
|             |     |    |               |                    |           |
|             |     |    |               |                    |           |
|             |     |    |               |                    |           |
|             |     |    |               |                    |           |
| 合 計         |     |    |               |                    |           |

- (4) 返納していただく額及び返納していただく期限  
請求金額  
納付期限

(教示)

1 この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に埼玉県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。なお、3箇月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。

2 この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内にさいたま市を被告として（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、6箇月以内であっても、裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると取消しの訴えを提起することができなくなります。

3 この処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求の裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当する場合においては、審査請求の裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3箇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じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- (3) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

国民健康保険基準収入額適用申請書

|                 |       |               |  |
|-----------------|-------|---------------|--|
| (ふりがな)<br>世帯主氏名 |       | 被保険者<br>記号・番号 |  |
| 生年月日            | 年 月 日 | 電話番号          |  |
| 住 所             |       |               |  |
|                 |       |               |  |

|                       |                                                          |   |   |   |
|-----------------------|----------------------------------------------------------|---|---|---|
| 被 保 険 者 氏 名           |                                                          |   |   |   |
| 個人番号                  |                                                          |   |   |   |
| 生年月日                  |                                                          |   |   |   |
| 年<br>中<br>の<br>収<br>入 | 公 的 年 金<br>(老齢基礎年金、老齢<br>厚生年金、退職共済<br>年金、老齢年金、退<br>職年金等) | 円 | 円 | 円 |
|                       | 給 与<br>(パート収入等含)                                         | 円 | 円 | 円 |
|                       | 年金・給与以外の収入<br>( ) 収入                                     | 円 | 円 | 円 |
|                       | 合 計                                                      | 円 | 円 | 円 |

(宛先) さいたま市長

上記のとおり、関係書類を添えて負担区分判定に係る収入額を申請します。

年 月 日

申請者  
(世帯主)

個人番号



年 月 日

様

さいたま市長



基準収入額適用申請却下通知書

年 月 日付けをもって、さいたま市国民健康保険条例施行規則第 条の 第 項の規定に基づき申請された基準収入額の適用について、下記の理由により却下しましたので通知します。

申請却下の理由

（教示）

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箇月以内に埼玉県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箇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箇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じ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。

附 則

この規則は、令和８年１月５日から施行する。