

新居浜市国民健康保険の資格及び給付に関する要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、国民健康保険法（昭和33年法律第192号。以下「法」という。）、国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号。以下「法施行令」という。）、国民健康保険法施行規則（昭和33年厚生省令第53号。以下「法施行規則」という。）及び新居浜市国民健康保険条例（昭和35年条例第9号）の施行に関し、別に定めるもののほか必要な事項を定めるものとする。

(被保険者の資格等に係る届出等)

第2条 法施行規則に規定する次の各号に定める届出書等は、当該各号に定める様式によるものとする。

(1) 法施行規則第2条から第4条の規定による届出書 第1号様式

(2) 法施行規則第5条、第5条の2の規定による届出書 第2号様式

(3) 法施行規則第5条の4の規定による届出書 第3号様式

(4) 法施行規則第6条第1項の規定による申請書 第4号様式

(5) 法施行規則第7条第1項及び第7条の3の2第1項の規定による申請書 第4号様式の2

(6) 法施行規則第8条から第10条の2までの規定による届出書 第5号様式

(7) 法施行規則第11条から第13条までの規定による届出書 第6号様式

第3条 法施行規則第3条の規定による届出書には、当該被保険者の資格取得の事実が確認できる場合を除き、法第6条各号のいずれにも該当しなくなった旨の証明書を添付しなければならない。

第4条 法施行規則第5条第1項の規定による届出書には、当該被保険者の修学する学校の在学証明書を添付しなければならない。

第5条 法施行規則第13条の規定による届出書には、当該事由を記した文書又は当該事由により取得した資格確認書等（資格情報通知書を含む。次項において同じ。）を添付又は提示しなければならない。ただし、当該届出が法第6条第8号に関する場合を除く。

2 前項の規定にかかわらず、資格喪失の事実が確認できる場合には、資格確認書等の

添付又は提示を省略することができる。

(資格確認書の更新)

第6条 法施行規則第7条の2第1項の規定に基づく資格確認書の更新は、原則として1年ごとに行う。

2 資格確認書の更新時期は、8月1日とする。

3 特別の事由により前2項の規定により難しいときは、次条の規定による検認によって有効期間を延長又は時期を繰り上げて更新することができる。この場合の資格確認書の有効期間は、当該資格確認書に記載した期間とする。

(資格確認書の検認)

第7条 法施行規則第7条の2第1項の規定に基づく資格確認書の検認は、市長が必要があると認めたときにその都度、検認を行うものとする。

(高齢受給者証の再交付等に係る申請)

第8条 法施行規則に規定する次の各号に定める申請書は、当該各号に定める様式によるものとする。

(1) 法施行規則第7条の4第4項の申請書 第7号様式

(2) 法施行規則第24条の3の申請書 第8号様式

(高齢受給者証の更新等)

第9条 法施行規則第7条の4の規定に基づき交付する高齢受給者証の更新は、原則として1年ごとに行う。

2 高齢受給者証の更新時期は、8月1日とする。

3 前項の規定にかかわらず、次の各号に該当し、一部負担金の割合が変更される場合には、当該世帯に属する被保険者に交付した高齢受給者証のすべてを更新するものとする。

(1) 法施行規則第7条の4第2項の返還があったとき。

(2) 法第42条第1項第3号又は第4号に掲げる場合に該当する被保険者の属する世帯に、既に法第42条第1項第3号又は第4号に掲げる場合に該当する被保険者がいるとき。

(高齢受給者証の一部負担金の割合の適用)

第10条 法第42条第1項第3号又は第4号に掲げる場合に該当する被保険者の属す

る世帯に、他に同号に該当する者又は法施行令第27条の2第1項に該当する者がいない場合の交付及び前条第2項の規定による更新を行ったときは、その更新の日から当該一部負担金の割合を適用する。

- 2 前項の規定にかかわらず、前条第3項の規定に該当するときは、当該交付又は更新のあった日の属する月の翌月の1日（該当することとなった日が月の初日の場合は、当該交付又は更新のあった日の属する月の1日）から、変更後の一部負担金の割合を適用するものとする。

（高齢受給者証の検認）

第11条 第7条の規定は、高齢受給者証の検認について準用する。

（食事療養標準負担額の減額の認定申請）

第12条 法施行規則第26条の3第1項の規定による申請書は、第9号様式によるものとする。

- 2 市長は、食事療養標準負担額の減額の認定を行ったときは、速やかに食事療養標準負担額減額認定証（以下「食事療養減額認定証」という。）を当該世帯主に交付するものとする。

（食事療養減額認定証の更新及び検認）

第13条 食事療養減額認定証の更新時期は、毎年8月1日とする。

- 2 第6条第3項及び第7条の規定は、食事療養減額認定証の更新及び検認について準用する。

（生活療養標準負担額の減額の認定申請）

第14条 法施行規則第26条の6の4第1項の規定による申請書は、第9号様式によるものとする。

- 2 市長は、生活療養標準負担額の減額の認定を行ったときは、速やかに生活療養標準負担額減額認定証（以下「生活療養減額認定証」という。）を当該世帯主に交付するものとする。ただし、当該被保険者が食事療養減額認定証の交付を受けている場合は、この限りではない。

（生活療養減額認定証の更新及び検認）

第15条 生活療養減額認定証の更新時期は、毎年8月1日とする。

- 2 第6条第3項及び第7条の規定は、生活療養減額認定証の更新及び検認について準

用する。

（限度額適用の認定申請）

第16条 法施行規則第27条の14の2第1項の規定による申請書は、第9号様式によるものとする。

2 市長は、一部負担金限度額の適用の認定を行ったときは、速やかに限度額適用認定証を当該世帯主に交付するものとする。ただし、当該被保険者が食事療養減額認定証の交付を受けている場合は、この限りではない。

（限度額適用認定証の更新及び検認）

第17条 限度額適用認定証の更新時期は、毎年8月1日とする。

2 第6条第3項及び第7条の規定は、限度額適用認定証の更新及び検認について準用する。

（限度額適用・標準負担額減額の認定申請）

第18条 法施行規則第27条の14の4第1項の規定による申請書は、第9号様式によるものとする。

2 市長は、一部負担金限度額の適用及び食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の減額の認定を行ったときは、速やかに限度額適用・標準負担額減額認定証（以下「限度額適用・減額認定証」という。）を当該世帯主に交付するものとする。

（限度額適用・減額認定証の更新及び検認）

第19条 限度額適用・減額認定証の更新時期は、毎年8月1日とする。

2 第6条第3項及び第7条の規定は、限度額適用・減額認定証の更新及び検認について準用する。

（食事療養標準負担額等の差額の支給）

第20条 法施行規則第26条の5第2項及び第27条の14の4第6項の規定による食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の差額支給申請書は、第10号様式によるものとする。

（療養費の支給手続）

第21条 法施行規則第27条第1項の規定による申請書は、第11号様式によるものとする。

（特別療養費の支給手続）

第 2 2 条 法施行規則第 2 7 条の 5 の規定による申請書は、第 1 2 号様式によるものとする。

(移送費の支給手続)

第 2 3 条 法施行規則第 2 7 条の 1 1 の規定による申請書は、第 1 3 号様式によるものとし、第 1 4 号様式による意見書を添えるものとする。

(特定疾病に係る保険者の認定)

第 2 4 条 法施行規則第 2 7 条の 1 3 第 1 項の規定による申請書は、第 1 5 号様式によるものとする。

(高額療養費の支給手続)

第 2 5 条 法施行規則第 2 7 条の 1 6 の規定による申請書は、第 1 6 号様式によるものとする。

2 法施行規則第 2 7 条の 1 7 の 2 及び第 2 7 条の 1 7 の 3 の規定による申請書は、第 1 6 号様式の 2 によるものとする。

(高額介護合算療養費の支給手続)

第 2 6 条 法施行規則第 2 7 条の 2 6 及び第 2 7 条の 2 7 の規定による申請書は、第 1 7 号様式によるものとする。

附 則

この要綱は、平成 2 8 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成 3 0 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際現に改正前の新居浜市国民健康保険の資格及び給付に関する要綱(以下「旧要綱」という。)の様式の規定により使用されている書類は、改正後の新居浜市国民健康保険の資格及び給付に関する要綱の様式の規定によるものとみなす。

3 この要綱の施行の際現に旧要綱の様式の規定により作成されている用紙は、当分の間、これを使用し、又は所要の調整をして使用することができる。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際現にあるこの要綱による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）の規定により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式の規定によるものとみなす。

3 この要綱の施行の際現にある旧様式の規定により作成されている用紙は、当分の間、これを使用し、又は所要の調整をして使用することができる。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和5年12月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際現にあるこの要綱による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）の規定により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式の規定によるものとみなす。

3 この要綱の施行の際現にある旧様式の規定により作成されている用紙は、当分の間、これを使用し、又は所要の調整をして使用することができる。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和6年8月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際現にあるこの要綱による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）の規定により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式の規定によるものとみなす。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和6年12月2日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の際現にあるこの要綱による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）の規定により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式の

規定によるものとみなす。

- 3 この要綱の施行の際現にある旧様式の規定により作成されている用紙は、当分の間、これを使用し、又は所要の調整をして使用することができる。

第1号様式（第2条関係）

国民健康保険被保険者資格取得届

（宛先）新居浜市長

世帯主	住所	新居浜市 町 丁目 番 号			被保険者番号		
	マンション名及び号室				連絡先		
	(フリガナ)				TEL		
	氏名				個人番号		
取得の区分	1 新規 2 追加	取得理由	1 転入 2 社離 3 生保廃止 4 出生 5 その他			資格取得年月日 年 月 日	
前住所 (転入の場合)	都道府県 市郡区 町 丁目 番 号			異動年月日確認		<input type="checkbox"/>	
加入前の職業 または勤務先				世帯の変更		有・無	
加入者の氏名		続柄	性別	生年月日	個人番号	職業	
1			男・女	年 月 日			
2			男・女	年 月 日			
3			男・女	年 月 日			
4			男・女	年 月 日			
5			男・女	年 月 日			
6			男・女	年 月 日			
7			男・女	年 月 日			
すでに国保に加入している世帯員							
加入者の氏名		続柄	生年月日	個人番号	交付状況		
1			年 月 日		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書		
2			年 月 日		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書		
3			年 月 日		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書		
4			年 月 日		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書		
5			年 月 日		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書		
(届出年月日)		受付	異動整理簿	賦課台帳	給付画面	受領確認	
年 月 日							

代理人 氏名		続柄	
-----------	--	----	--

国民健康保険法第116条及び第116条の2に関する届出書

世帯主住所氏名	住所	新居浜市 町 丁目 番 号 番地	被保険者番号	
	(フリガナ)		備考	
	氏名	個人番号		
被保険者氏名 (個人番号)		世帯主との続柄	生 年 月 日	
1	個人番号		年 月 日	
2	個人番号		年 月 日	
3	個人番号		年 月 日	
4	個人番号		年 月 日	
5	個人番号		年 月 日	

法第116条	学校名		修学年限	在学年
	所在地		年	年
	被保険者住所		該当又は、非該当年月日	
法第116条の2	施設名		該当または非該当年月日	
	被保険者住所		年 月 日	

(届出年月日)	受付		被保険者画面	給付台帳	受領確認
年 月 日					

代理人 氏 名		続 柄	
------------	--	--------	--

介護保険 適用除外者届出書

（宛先）新居浜市長

次のとおり届出します。		届出年月日	年 月 日
世帯主氏名		個人番号	
世帯主住所	〒 電話番号		

被 保 険 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	被 保 険 者 氏 名		被保険者番号	
			個人番号	
住 所	〒 電話番号			
入 退 所 施 設	名称			
	施設の種類			
	所 在 地	〒 電話番号		
	施設入退所日	入所・退所	年 月 日	
	適用除外該当・ 非該当日	該当・非該当	年 月 日	※市役所記入箇所

以下は、世帯主本人による記入が困難であり、代筆を行った場合に記載してください。

代 筆 者	代筆者氏名		被保険者との 関係	
	代筆者住所 (施設職員の場合は 施設の住所)	〒 電話番号		
	代筆が必要な理由			

（確認書類）

- 被保険者の国民健康保険資格確認書 来庁者（郵送の場合は代筆者）の本人確認書類
 世帯主と被保険者のマイナンバー確認書類 委任状（別世帯の人が申請する場合）

※郵送の場合はコピーを添付してください。委任状については原本が必要になります。

国民健康保険 資格確認書交付申請書

(宛先) 新居浜市長 次のおおり申請します。

申請日	令和 年 月 日		
申請者	氏名		電話番号
	住所		
	世帯主からみた関係	<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
世帯主	氏名	<input type="checkbox"/> 同上	個人番号

※ここから下の太枠内は、交付を希望する人について記入してください。

住所	<input type="checkbox"/> 同上		
1	(フリガナ)		(申請理由) ※該当するものに○をつける 1 紛失 2 カード返納 3 介助 4 その他()
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
2	(フリガナ)		(申請理由) ※該当するものに○をつける 1 紛失 2 カード返納 3 介助 4 その他()
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
3	(フリガナ)		(申請理由) ※該当するものに○をつける 1 紛失 2 カード返納 3 介助 4 その他()
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
4	(フリガナ)		(申請理由) ※該当するものに○をつける 1 紛失 2 カード返納 3 介助 4 その他()
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
5	(フリガナ)		(申請理由) ※該当するものに○をつける 1 紛失 2 カード返納 3 介助 4 その他()
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
(記載上の注意) 申請理由欄の 補足説明			

受領確認

国民健康保険 資格確認書 再交付申請書
資格情報通知書

世帯主住所氏名	住所	新居浜市 町 丁目 番 号 番地	被保険者番号	備考
	(フリガナ)			
	氏名	個人番号 _____		
被保険者氏名 (個人番号)		世帯主との 続柄	生 年 月 日	
1	個人番号 _____		年 月 日	
2	個人番号 _____		年 月 日	
3	個人番号 _____		年 月 日	
4	個人番号 _____		年 月 日	
5	個人番号 _____		年 月 日	
6	個人番号 _____		年 月 日	
7	個人番号 _____		年 月 日	

理 由	紛失 ・ 盗難 ・ 破損 ・ 焼失 ・ よごれ その他 (_____)
-----	--

(届出年月日)	受付		被保険者印面	給付台帳	受領確認
年 月 日					

代理人 氏 名		続 柄	
------------	--	--------	--

国民健康保険変更届

（宛先）新居浜市長

世帯主	住所	新居浜市 町 丁目 番 号 番 地			被保険者番号				
	マンション名 及び号室				連絡先				
	(フリガナ)				性別	生年月日		資格確認書等回収	
	氏名				男女	年 月 日		個人番号	
変更前	加入者の氏名		続柄	生年月日		個人番号		変更する事項 1 住所 2 世帯主 3 世変 4 氏名 5 生年月日 6 続柄 7 その他	包括 一失 普 擬
	1			年 月 日					
	2			年 月 日					
	3			年 月 日					
	4			年 月 日					
	5			年 月 日					
	6			年 月 日					
	7			年 月 日					
				変更年月日		年 月 日			
				異動年月日確認		<input type="checkbox"/>			
世帯主	住所	新居浜市 町 丁目 番 号 番 地			被保険者番号		旧世帯主		
	マンション名 及び号室				連絡先				
	(フリガナ)				性別	生年月日			
	氏名				男女	年 月 日			
変更後	加入者の氏名		続柄	生年月日		個人番号		新世帯主	新規 追加 普 擬
	1			年 月 日					
	2			年 月 日					
	3			年 月 日					
	4			年 月 日					
	5			年 月 日					
	6			年 月 日					
	7			年 月 日					

(届出年月日) 年 月 日	受付	異動整理簿	賦課台帳	給付画面	受領確認
------------------	----	-------	------	------	------

代理人 氏名		続柄	
-----------	--	----	--

国民健康保険被保険者資格喪失届

（宛先）新居浜市長

世帯主	住所	新居浜市 町 丁目 番 号			被保険者番号			
	マンション名 及び号室				連絡先			
	(フリガナ)				TEL			
	氏名				個人番号			
喪主 (死亡の場合)							資格確認書等回収	
喪失区分	1 包括 2 一部	喪失理由	1 転出 2 社入 3 生保適用 4 死亡 5 その他				資格喪失年月日	
							年 月 日	
転出先	都道府県	市郡区	町村	丁目	番 号	異動年月日確認	<input type="checkbox"/>	
社会保険加入内訳	事業所名			記号	番号			
被保険者の氏名		続柄	生 年 月 日			個 人 番 号		
1			年 月 日					
2			年 月 日					
3			年 月 日					
4			年 月 日					
5			年 月 日					
6			年 月 日					
7			年 月 日					

(届出年月日) 年 月 日	受付	異動整理簿	賦課台帳	給付画面				

代理人 氏 名		続柄	
------------	--	----	--

国民健康保険高齢受給者証 再 交 付 申 請 書

被保険者記号・番号 新居浜国保 _____
対象被保険者 氏 名 _____
生年月日 _____ 年 月 日
個人番号 _____

上記の証を再交付していただきたく申請します。

再交付理由 紛失・盗難・破損・よごれ・その他（ _____ ）

なお、紛失により生ずる事故の責任は一切当方にて負います。

（宛先）新居浜市長

住 所 新居浜市 町 丁目 番 号
世帯主 番地
氏 名 _____
個人番号 _____

代理人 氏 名		続柄	
------------	--	----	--

(届出年月日) 年 月 日	受付		被保険者画面	給付台帳	受領確認
------------------	----	--	--------	------	------

第 8 号様式（第 8 条関係）

国民健康保険基準収入額適用申請書

(ふりがな)		被 保 険 者 記 号・番 号	
世 帯 主 氏 名			
生 年 月 日		電 話 番 号	
住 所			

被 保 険 者 氏 名				
年 中 の 収 入	個 人 番 号			
	生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	公 的 年 金 (老 齡 基 礎 年 金、老 齡 厚 生 年 金、退 職 共 済 年 金、老 齡 年 金、退 職 年 金 等)	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	給 与 (パ ー ト 収 入 等 含)	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	年 金・給 与 以 外 の 収 入 () 収 入	_____ 円	_____ 円	_____ 円
合 計		_____ 円	_____ 円	_____ 円

(注)

- 市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、同一世帯におられる70歳以上の被保険者の方それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。
- 収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入（障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等）は除きます。
- 公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し、公的年金及び給与収入額が確認できる所得（課税）証明書等の収入額を確認できる書類を添付してください。
なお、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明できる書類の発行されていない収入については添付不要です。
ただし、1月1日において当市（区町村）に住所がある方の公的年金収入の場合については添付不要です。

(宛先) 新居浜市長

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) 氏名 _____

個人番号 _____

代理人 氏 名		続 柄	
------------	--	-----	--

第9号様式（第12条、第14条、第16条、第18条関係）

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

被保険者記号・番号					
世帯主	住所				
	氏名		生年月日	年	月 日
限度額適用 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下さい。				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 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 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 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 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。

年 月 日

住所 _____

世帯主名
（申請者） _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

（宛先）新居浜市長

マイナ保険証（※）を利用すれば、事前の手続きなく、
 高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
 限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、
 マイナ保険証をぜひご利用ください。
 ※電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿（ ） ニ 却下（理由）（ ）	受付番号（第 号） 交付番号（第 号） 認定等年月日 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	

国民健康保険 食事療養標準負担額 減額差額支給申請書
生活療養標準負担額

被保険者記号・番号		個人番号	
減額対象者	氏名		
	世帯主との続柄	生年月日	
既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入して下さい。		交付年月日	
		適用年月日	
		長期該当年月日	
食事療養又は生活療養を受けた保険医療機関等		名称	
		所在地	
入院日数			
入院期間に受けた食事療養又は生活療養に対し支払った額（標準負担額）		円	
標準負担額減額認定証の交付申請又は保険医療機関等に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 []			
口座振込依頼書			
振込先 金融機関	銀行 金庫 組合	本店 支店 所	口座種別
			普通・当座
		口座番号	

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所

世帯主名 _____

個人番号 _____

電話番号 _____

（宛先）新居浜市長

代理人 氏 名		続柄	
------------	--	----	--

処理欄		備考	
-----	--	----	--

国民健康保険 特別療養費 支給申請書

国民健康保険被保険者		療養者	氏名					
記号			生年月日					
番号			世帯主との続柄		個人番号		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
傷病名		発病年月日 負傷						
療養期間		から まで 日間						
診療を受けた 病院・診療所	所在地							
	名称							
	従事した者の氏名							
療養の給付を受けることができなかった理由		発病の原因					療養に要した費用	
		傷病の経過					円	
		療養の内容						
口座振込依頼書								
振込先 金融機関					口座種別		口座番号	
					普通・当座			
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。								
年 月 日								
(宛先) 新居浜市長								
住所								
世帯主 氏名								
個人番号		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			電話 ()			
				代理人氏名		続柄		

受付印		件数	日数	決定点数	費用総額	決定支払金額
	入院	件	日	点	円	円
	入院外	件	日	点	円	円
備考 第三者行為 (有・無)						

移送を必要とする意見書

被保険者 記号・番号	記号		番号	
療養を受けた 被保険者	氏名			世帯主との 続柄
	生年月日	年	月	日生

移 送	移送経路		[移送を必要と認める理由 又は付添があったとき、必要と認めた理由]
	移送先	[病院等の名称]	
	方法		
	移送日	年 月 日	

上記のとおり移送の必要を認めます。

年 月 日

[保険医療機関等の名称] 住 所

[保険医の氏名・印] 氏 名

電 話

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

（宛先）新居浜市長

世帯主 住所 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号			
認 定 申 請 対 象 者	氏 名		個人番号
	生 年 月 日		
	疾 病 名		

医 師 の 意 見 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。 年 月 日 名称 医療機関の 所在地 医師名
-------------------------	--

代理人 氏 名		続 柄	
------------	--	--------	--

第 1 6 号様式（第 2 5 条関係）

新居浜市国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者番号		診療年月日		診療期間		
				日から 日まで		
受診者氏名	生年月日	医療機関名	入外区分	患者負担額		
	個人番号	住 所	傷病名			
今回申請の診療年月以前 1 年間に高額療養費の支給を 3 回以上受けたときはその直近の診療年月		年	月診療分			
		年	月診療分			
		年	月診療分			
支払方法	現金 口座	振込先	金融機関の名称		口座種別	
					普通 当座	
			口座番号	口座名義人（カナ）氏名		

上記のとおり国民健康保険高額療養費の支給を申請します。

世帯主 住所 _____
 氏名 _____
 個人番号 _____
 電話番号 _____

（宛先）新居浜市長

		代理人 氏 名		続 柄	
支給決定 金 額				受付印	
備 考	第三者行為（有・無）				

第 1 6 号様式の 2 (第 2 5 条関係)

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	年度	計算期間の始期及び終期	年 月 日から	年 月 日まで		枚中	枚目
--------	----	-------------	---------	---------	--	----	----

フリガナ					保険者名	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	年 月 日から		
生年月日	年 月 日生					年 月 日まで		
記号・番号	個人番号					年 月 日から		
					年 月 日まで			
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで				計算期間の末日において加入する医療保険者の名称			
支給方法	振込口座 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		信用金庫		支店		1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他		口座名義人
		農協		主張所				
		()		支所				

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	年 月 日から	
記号・番号	個人番号					年 月 日まで	
生年月日	年 月 日生					年 月 日から	
					年 月 日まで		
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで						

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	年 月 日から	
記号・番号	個人番号					年 月 日まで	
生年月日	年 月 日生					年 月 日から	
					年 月 日まで		
加入期間	年 月 日から 年 月 日まで						

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

	申請年月日	年 月 日	
--	-------	-------	--

<p>(宛先) 新居浜市長</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>郵便番号</p> <p>住所</p> <p>申請者氏名</p> <p>電話番号</p>
--	--

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	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	
申請形態	1. 計算期間末日以降申請（期間中死亡・生保適用・海外移住者なし）		2. 計算期間末日以降申請（期間中死亡者あり）		3. 計算期間末日以降申請（期間中生保適用・海外移住者あり）		4. 死亡・海外移住者等計算期間中申請	

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

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
			1. 世帯主 2. 擬制世帯主 3. 世帯員		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

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行信用金庫農協	金融機関コード	本店支店出張所支所	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. 普通預金 2. 当座預金 3. 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	受付印
	1	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	2	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	3	年 月 日 から 年 月 日 まで			
					入力 確認

(宛先) 年 月 日
〒792-8585 愛媛県新居浜市一宮町一丁目5番1号
新居浜市長

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。
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。
なお、申請にあたり、世帯等の個人住民税の課税状況、及び他保険自己負担額等を担当職員が確認することに同意いたします。
※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（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。

郵便番号
住所
申請代表者氏名
個人番号
電話番号