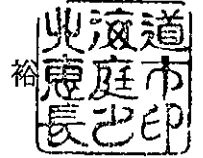


恵庭市国民健康保険施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和5年2月3日

恵庭市長 原 田



恵庭市規則第2号

恵庭市国民健康保険施行規則の一部を改正する規則

恵庭市国民健康保険施行規則（昭和38年規則第3号）の一部を次のように改正する。

第2条中「世帯主」の次に「(以下「世帯主」という。)」を加え、「うえ」を「上」に改める。

第3条中「被保険者の属する世帯の」を削る。

第5条第1項中「被保険者の属する」を削り、同条第2項中「被保険者の属する世帯の」を削る。

第6条第1項中「昭和33年厚生省令第53号」の次に「。以下「法施行規則」という。」を加え、「うえ」を「上」に改め、同条第2項中「被保険者の属する世帯の」を削る。

第7条を次のように改める。

第7条 削除

第8条第1項中「被保険者の属する」を削る。

第9条第1項中「被保険者の属する」を削り、「法第54条」の次に「及び法第54条の3」を、「国民健康保険療養費支給申請書」の次に「(様式第10号の2)」を加え、「証憑書類」を「証拠書類」に改め、同項第1号中「療養取扱機関」を「保健医療機関」に改め、同項中第3号及び第4号を削り、第5号を第3号とし、第6号から第8号までを2号ずつ繰り上げ、同条第2項中「国民健康保険療養費支給額決定通知書」を「療養費支給決定通知書」に改め、「(様式第17号)」の次に「又は療養費不支給決定通知書(様式第18号)」を加え、「するとともに、国民健康保険療養費支給整理簿(様式第18号)に記載整理」を削る。

第9条の2の見出し中「(」の次に「月間の」を加え、同条第1項中「被保険者の属する世

帯の」を削り、「法第57条の2」を「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。）第29条の2」に改め、同条第2項を次のように改める。

- 2 市長は、前項の規定による申請書の提出を受けたときは、これを審査し、速やかに支給又は不支給の旨を高額療養費支給決定通知書（様式第18号の2の2）又は高額療養費不支給決定通知書（様式第18号の2の3）により申請者に通知するものとする。

第9条の2第3項を削り、同条の次に次の1条を加える。

（年間の高額療養費の支給）

第9条の2の2 世帯主が、法施行令第29条の2の2の規定による年間の高額療養費の支給を受けようとするときは、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（様式第18号の2の4）に証拠書類及び市長が審査に必要とする書類を添えて市長に申請しなければならない。

- 2 市長は、前項の申請があったときは、速やかに審査し、支給又は不支給の旨を高額療養費（外来年間合算）支給（不支給）決定通知書（様式第18号の3）により申請者に通知するものとする。

第9条の3第1項中「被保険者の属する世帯の」を削り、「国民健康保険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」を「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」に改め、同条第2項中「国民健康保険高額介護合算療養費支給（不支給）決定通知書」を「高額介護合算療養費等支給（不支給）決定通知書」に改め、同条の次に次の1条を加える。

（移送費の支給）

第9条の4 世帯主が、法第54条の4の規定による移送費の支給を受けようとするときは、国民健康保険移送費支給申請書（様式第18号の8）に、証拠書類及び審査決定上必要とする書類を添えて市長に申請しなければならない。

- 2 市長は、前項の規定による申請書の提出を受けたときは、これを審査し、速やかに支給又は不支給の旨を療養費支給決定通知書又は療養費不支給決定通知書により申請者に通知するものとする。

第10条第1項中「被保険者の属する世帯の」を削り、同条中第4項を第5項とし、第3項

を第4項とし、第2項を第3項とし、第1項の次に次の1項を加える。

- 2 前項の規定による申請書の提出を受け審査決定したときは、市長は、申請者に出産育児一時金支給決定通知書（様式第19号の2）又は出産育児一時金不支給決定通知書（様式第19号の3）により通知し、世帯主に支給するものとする。

第11条に次の1項を加える。

- 2 前項の規定による申請書の提出を受け審査決定したときは、市長は、申請者に葬祭費支給決定通知書（様式第20号の2）又は葬祭費不支給決定通知書（様式第20号の3）により通知し、申請者に支給するものとする。

第11条の2第1項中「被保険者の属する世帯の」を削り、「様式第20号の2、様式第20号の3、様式第20号の4、様式第20号の5」を「様式第20号の4、様式第20号の5、様式第20号の6及び様式第20号の7」に改め、同条に次の1項を加える。

- 5 第1項の規定による申請書の提出を受け審査決定したときは、市長は、申請者に国民健康保険傷病手当金支給決定通知書（様式第20号の8）又は国民健康保険傷病手当金不支給決定通知書（様式第20号の9）により通知し、申請者に支給するものとする。

第12条を次のように改める。

第12条 削除

第13条第1項中「かかる」を「係る」に改め、「その被保険者の属する世帯の」を削る。

第14条第1項中「以下」の次に「この条において」を加える。

本則に次の2条を加える。

（限度額適用等認定証の交付）

第21条 世帯主が、法施行規則第26条の3、第27条の14の2、第27条の14の4及び第27条の14の5の規定による限度額適用認定証、食事療養標準負担額減額認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（以下「限度額適用等認定証」という。）の交付を受けようとするときは、国民健康保険限度額適用認定申請書（国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書）（様式第31号）に被保険者証その他必要な書類を添えて市長に申請しなければならない。

- 2 市長は、前項の申請書の提出を受けたときは、これを審査し、減額等の認定をしたときは、

速やかに限度額適用等認定証を交付するものとし、減額等の認定をしないこととしたときは、国民健康保険限度額適用等認定申請却下通知書（様式第32号）により当該申請者に通知するものとする。

（限度額適用等認定証の再交付）

第22条 世帯主は、法施行規則第26条の3第5項（法施行規則第27条の14の2第5項、第27条の14の4第4項及び第27条の14の5第4項において準用する場合を含む。）の規定による限度額適用等認定証の再交付を受けようとするときは、国民健康保険限度額適用等認定証交付申請書により市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の申請書の提出を受けたときは、必要な事項を調査確認の上再交付するものとする。

様式第7号から様式第9号までを次のように改める。

様式第7号から様式第9号まで 削除

様式第10号の次に次の1様式を加える。

様式第10号の2（第9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 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

惠庭市長
原田 裕 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 統 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					
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		

様式第14号及び様式第15号を次のように改める。

様式第14号及び様式第15号 削除

様式第17号を次のように改める。

様式第17号（第9条関係）

発行日:

保険証番号:

様

恵庭市長
原田 裕



療養費支給決定通知書

恵庭市国民健康保険療養費の申請につきまして下記の通り決定します。

記

金額	円				
支給決定日					
振込期日					
金融機関					
内 訳					
申請日	申請者	対象者	療養費種別	充当額	差引支払額

この通知書の記載事項に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3ヶ月以内に北海道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、この支給決定金額の裁決の取り消しを求める訴え(処分の取消の訴え)は、前記の審査請求に係る裁決を受け取った日の翌日から起算して6ヶ月以内に恵庭市を被告として(市長が被告の代表者となります。)提起しなければならぬこととされています。なお、処分の取消の訴えは、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ず、処分の執行又は手続の続行によりと生ずる損害を避けるため緊急の必要があるとき、2. 処分の執行又は手続の続行につき正当な理由があるときは、裁決を経ない場合でも処分の取消の訴えを提起することができます。ただし、裁決の日から1年経過すると処分の取消を提起することはできません。

お問い合わせ先
 恵庭市役所 国保医療課 国保給付担当
 電話 0123-33-3131
 (内線 1163・1164)

様式第18号から様式第18号の2の2までを次のように改める。

様式第18号（第9条関係）

発行日：

保険証番号：

様

恵庭市長
原田 裕



療養費不支給決定通知書

この度申請された療養費支給について、審査の結果、下記の理由により非該当となりましたのでお知らせします。

記

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

この通知書の記載事項に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3ヶ月以内に北海道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、この支給決定金額の裁決の取り消しを求める訴え（処分取消の訴え）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ヶ月以内に恵庭市を被告として（市長が被告の代表者となります。）提起しなければならないこととされています。なお、処分取消の訴えは、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とされていますが、1. 審査請求のあった日から3ヶ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ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、3. その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、裁決を経ない場合でも処分取消の訴えを提起することができます。ただし、裁決の日から1年経過すると処分取消を提起することはできません。

お問い合わせ先
恵庭市役所 国保医療課 国保給付担当
電話 0123-33-3131
(内線 1163・1164)

様式第18号の2の2 (第9条の2関係)

発行日：

保険証番号：

恵庭市長
原田 裕



高額療養費支給決定通知書

恵庭市国民健康保険高額療養費につきまして、下記の通り支給決定いたしましたので、ご連絡いたします。

なお、本決定通知書は所得税確定申告の際に必要となりますので、大切に保管してください。

記

金額	円				
支給決定日					
振込期日					
金融機関					
内 訳					
申請日	申請者	対象者	支給額 支給済額	貸付額 充当額	差引支払額

この通知書の記載事項に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3ヶ月以内に北海道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。この支給決定金額の裁決の取り消しを求める訴え（処分の取消の訴え）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ヶ月以内に恵庭市を被告として（市長が被告の代表者となります。）提起しなければならないこととされています。なお、処分の取消の訴えは、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ず、1. 審査請求のあった日から3ヶ月を経過して裁決がないとき、2. 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、3. その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、裁決を経ない場合でも処分の取消の訴えを提起することができます。ただし、裁決の日から1年経過すると処分の取消を提起することはできません。

お問い合わせ先
恵庭市役所 国保医療課 国保給付担当
電話 0123-33-3131
(内線 1163・1164)

様式第18号の2の2の次に次の2様式を加える。

様式第18号の2の3（第9条の2関係）

発行日：

保険証番号：

恵庭市長
原田 裕



高額療養費不支給決定通知書

この度申請された高額療養費支給について、審査の結果、下記の理由により非該当となりましたのでお知らせします。

記

金額	円				
不支給決定日					
不支給理由					
内 訳					
申請日	申請者	対象者	支給額 支給済額	貸付額 充当額	差引支払額

この通知書の記載事項に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3ヶ月以内に北海道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。この支給決定金額の裁決の取り消しを求める訴え（処分取消の訴え）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ヶ月以内に恵庭市を被告として（市長が被告の代表者となります。）提起しなければならないこととされています。なお、処分の取消の訴えは、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ず、かつ、1. 審査請求のあった日から3ヶ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ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、3. その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、裁決を経ない場合でも処分の取消の訴えを提起することができます。ただし、裁決の日から1年経過すると処分の取消を提起することはできません。

お問い合わせ先
恵庭市役所 国保医療課 国保給付担当
電話 0123-33-3131
〔内線 1163・1164〕

様式第18号の2の4 (第9条の2の2関係)

様式第18号の2の4(第9条の2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

申請対象年度		年度	計算期間の始期及び終期		年	月	日から	年	月	日まで	支給申請書整理番号		枚中	枚目		
フリガナ		申請者氏名		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							
生年月日		年	月		日生	性別	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					
計算の対象となる加入期間		年	月	日から	年	月	日まで	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称		3	年	月	日から	年	月	日まで
支給方法		振込口座 記入欄	銀行	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	口座名義人					
1. 窓口払い 2. 口座振込			信用金庫	付用組合				1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他								
フリガナ		世帯員氏名		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							
記号・番号		個人番号			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			
計算の対象となる加入期間		年	月	日から	年	月	日まで	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	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		年	月		日生	性別	2	年	月	日から	年	月	日まで			
計算の対象となる加入期間		年	月	日から	年	月	日まで	3		年	月	日から	年	月	日まで	
備考																
(あて先) 恵庭市長 申請年月日 年 月 日																
① 外来年間合算の支給を申請します。										郵便番号						
② 自己負担額証明書の交付を申請します。										住所						
※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。										申請者氏名						
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。										電話番号						
印																

様式第18号の3を次のように改める。

様式第18号の3 (第9条の2の2関係)

〒

様

高額療養費(外来年間合算)支給(不支給)決定通知書

年 月 日

世帯主 様

恵庭市長 印

恵庭市国民健康保険高額療養費につきまして、下記のとおり支給(不支給)することに決定いたしましたのでご連絡いたします。

振込日	年 月 日
-----	-------

※ 口座振込の場合、貴方より指定された金融機関に振り込みます。また、個人情報保護のため振込先等についてのお問合せは、ご遠慮願います。

被保険者番号	氏名	診療月	申請日	医療費総額	自己負担限度額	支給額
						円
合計						円

・支給しない場合

被保険者番号	氏名	診療月	申請日	医療費総額	自己負担限度額	一部負担金
不支給の理由						

<p>(教示)</p> <p>1 この処分に不服があるときは、北海道国民健康保険審査会に対し、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に審査請求をすることができます。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。</p> <p>2 また、市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、この処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、訴えを提起することができなくなります。</p> <p>3 不服がある場合は、上記1又は2のいずれも行うことができます。ただし、1の審査請求をした場合は、2の処分の取消しの訴えは、1の審査請求の裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に提起しなければなりません。ただし、1の審査請求の裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、1の審査請求の裁決があった日の翌日から起算して1年を経過したときは、訴えを提起することができなくなります。</p>

問合せ先

様式第18号の4を次のように改める。

様式第18号の4 (第9条の3関係)

様式第18号の4(第9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
(保険者等記入欄) 支給申請書整理番号

申請対象年度	年度	申請区分	1 新規	2 変更	3 取下げ		
フリガナ		生年月日		性別		個人番号	
氏名		年 月 日		性		計 算 期 間 の 始 期 及 び 終 期 年 月 日 ~ 年 月 日	
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 続柄世帯主 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			
支払方法		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	本店出振所	店種コード
1 窓口払い	2 口座振込						
		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管理番号		備考欄	
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				
〒061-1498 北海道忠通市京町1番地 恵庭市長 殿 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。 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(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	印

備考

1 この用紙は、日本産業規格A4番とすること。

ご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、「2 続柄世帯主」とは世帯員が国民の被保険者であるが、世帯主は国民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に加入する医療保険(介護保険)に変更があった場合、保険者加入期間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) 複数の支給額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、及び同被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健康保険等被用者保険の被保険者で介護保険の被保険者
 - ・健康保険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に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・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・世帯員の支給合計額が世帯主(被制世帯主)の口座に振り込まれることとなりますので、ご注意ください。
- (8) 2名を超える対象者を記載する場合等、複数枚に渡る場合があるよう、右下の頁欄に全体の枚数と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る介護保険被保険者については、介護保険資格(保険者番号、被保険者番号、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等として計算されることがあり、高額医療合算介護(予防)サービス費の支給ができない場合があります。

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) 各医療保険(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(国民健康保険の場合、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。

様式第18号の5を次のように改める。

様式第18号の5（第9条の3関係）

様式第18号の5(第9条の3関係)

〒	様
---	---

高額介護合算療養費等支給(不支給)決定通知書

年 月 日
恵庭市長印

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		被保険者証記号		被保険者証番号	
計算対象期間	年 月 ~		年 月		
申請年月日	年 月 日	振込年月日	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					

支払方法						
窓口(現金)払			口座払			
お持ちいただくもの	<ul style="list-style-type: none"> この通知書 国民健康保険被保険者証 申請書に使用した印鑑 		振込先	金融機関		
				口座種目		
支払場所				口座番号		
支払日				口座名義人		

問合せ先 〒
電話番号

(教示)

- この処分不服があるときは、北海道国民健康保険審査会に対し、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に審査請求をすることができます。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。
- また、市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、この処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、訴えを提起することができなくなります。
- 不服がある場合は、上記1又は2のいずれも行うことができます。ただし、1の審査請求をした場合は、2の処分の取消しの訴えは、1の審査請求の裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に提起しなければなりません。ただし、1の審査請求の裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、1の審査請求の裁決があった日の翌日から起算して1年を経過したときは、訴えを提起することができなくなります。

(備考) この用紙は、日本産業規格A列4番とすること。

(記入上の注意事項)

- 「備考」欄には、平成20年度において計算対象期間が12ヶ月となった場合に、「計算対象期間12ヶ月での計算による支給(計算対象期間16ヶ月での計算より支給額大)」等、被保険者への計算対象期間にかかる説明等を記載すること。その他、被保険者への連絡において留意すべき事項があればその内容を記載すること。

様式第18号の7の次に次の1様式を加える。

様式第18号の8（第9条の4関係）

様式第18号の8（第9条の4関係）

国民健康保険移送費支給申請書

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 _____

氏名 _____

個人番号 _____

恵庭市長 様

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		続柄	
	住所					
	移送期間	自 至	区分	一般・退本・退扶		
	発病負傷口 傷病名		医療機関名			
	移送経路及 び方法					
	移送を必要 とする理由					
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			
処 理 欄	<input type="checkbox"/> 支給決定 <input type="checkbox"/> 却下 (理由)					
			支給決定額	円		
			支給方法	<input type="checkbox"/> 口座振込		
			決定年月日		年	月
		支給年月日		年	月	日
備 考						

注1 未納保険料がある世帯については、給付の全部又は一部を差し止めることがあります。

2 この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができます。

様式第19号を次のように改める。

様式第19号(第10条関係)

国民健康保険出産育児一時金支給申請書					
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 _____					
氏名 _____ 個人番号 _____					
恵庭市長 原田 裕 殿					
振 込 先	金融機関			(7)がナ) 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、 貸付となります。)	支 給 ・ 貸 付	
出 生 児 の 氏 名			性別 男・女	世 帯 主 との続柄	
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	証 明 書 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	1. 住民異動届による 2. _____ 確認者氏名				

様式第19号の次に次の2様式を加える。

様式第19号の2（第10条関係）

発行日：

保険証番号：

様

恵庭市長
原田 裕



出産育児一時金支給決定通知書

出産育児一時金（差額分）の申請につきまして下記のとおり決定します。

記

金額	円				
支給決定日					
振込期日					
金融機関					
内 訳					
申請日	申請者	対象者	支給額	貸付額 充当額	差引支払額

この通知書の記載事項に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3ヶ月以内に北海道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。この支給決定金額の裁決の取り消しを求める訴え（処分の取消の訴え）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ヶ月以内に恵庭市を被告として（市長が被告の代表者となります。）提起しなければならないこととされています。なお、処分の取消の訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後提起することができないとされていますが、1. 審査請求のあった日から3ヶ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ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、3. その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、裁決を経ない場合でも処分の取消の訴えを提起することができます。ただし、裁決の日から1年経過すると処分の取消を提起することはできません。

お問い合わせ先
恵庭市役所 国保医療課 国保給付担当
電話 0123-33-3131
(内線 1163・1164)

様式第19号の3 (第10条関係)

発行日：

保険証番号：

様

恵庭市長
原田 裕



出産育児一時金不支給決定通知書

この度申請された出産育児一時金支給について、審査の結果、下記の理由により非該当となりましたのでお知らせします。

記

金額	- 円				
不支給決定日					
不支給理由					
内 訳					
申請日	申請者	対象者	支給額	貸付額 充当額	差引支払額

この通知書の記載事項に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3ヶ月以内に北海道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、この支給決定金額の取消しを求める訴え(処分の取消の訴え)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ヶ月以内に恵庭市を被告として(市長が被告の代表者となります。)提起しなければならぬこととされています。なお、処分の取消の訴えは、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ずとされていますが、1. 審査請求のあった日から3ヶ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ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、3. その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、裁決を経ない場合でも処分の取消の訴えを提起することができます。ただし、裁決の日から1年経過すると処分の取消を提起することはできません。

お問い合わせ先
恵庭市役所 国保医療課 国保給付担当
電話 0123-33-3131
(内線 1163・1164)

様式第20号から様式第20号の5までを次のように改める。

様式第20号（第11条関係）

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 _____				
氏名 _____ 個人番号 _____				
恵庭市長 原田 裕 殿				
振 込 先	金融機関		(7桁*) 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	1. 住民異動届による 2. 確認者氏名			

様式第20号の2 (第11条関係)

発行日:

保険証番号:

様

恵庭市長
原田 裕



葬祭費支給決定通知書

恵庭市国民健康保険葬祭費の申請につきまして下記の通り決定します。

記

金額	円			
支給決定日				
振込期日				
金融機関				
内 訳				
申請日	申請者	対象者	充当額	差引支払額

この通知書の記載事項に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3ヶ月以内に北海道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。この支給決定金額の裁決の取り消しを求める訴え(処分の取消の訴え)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ヶ月以内に恵庭市を被告として(市長が被告の代表者となります。)提起しなければならないこととされています。なお、処分の取消の訴えは、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とされていますが、1. 審査請求のあった日から3ヶ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ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、3. その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、裁決を経ない場合でも処分の取消の訴えを提起することができます。ただし、裁決の日から1年経過すると処分の取消を提起することはできません。

お問い合わせ先
恵庭市役所 国保医療課 国保給付担当
電話 0123-33-3131
(内線 1163・1164)

様式第20号の3 (第11条関係)

発行日：

保険証番号：

様

恵庭市長
原田 裕



葬祭費不支給決定通知書

この度申請された葬祭費支給について、審査の結果、下記の理由により非該当となりましたのでお知らせします。

記

金額	- 円			
不支給決定日				
不支給理由				
内 訳				
申請日	申請者	対象者	充当額	差引支払額

この通知書の記載事項に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3ヶ月以内に北海道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。この支給決定金額の裁決の取り消しを求める訴え(処分の取消の訴え)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ヶ月以内に恵庭市を被告として(市長が被告の代表者となります。)提起しなければならぬこととされています。なお、処分の取消の訴えは、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とされていますが、1. 審査請求のあった日から3ヶ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ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、3. その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるときは、裁決を経ない場合でも処分の取消の訴えを提起することができます。ただし、裁決の日から1年経過すると処分の取消を提起することはできません。

お問い合わせ先
恵庭市役所 国保医療課 国保給付担当
電話 0123-33-3131
(内線 1163・1164)

様式第20号の4 (第11条の2関係)

様式第20号の4 (第11条の2関係)

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (世帯主記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号	世帯主氏名	
	(フリガナ) 氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住所		
振 込 先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他 ()	本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他 () ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入
	預金別	普通・当座 その他 ()	口座番号
	口座名義 (カタカナ)	※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 電 話 番 号</p> <p>世帯主氏名</p> <p style="text-align: right;">恵 庭 市 長 様</p>			

【受取代理人の欄】(世帯主以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

世帯主	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。令和 年 月 日
	氏名 住所 同上
代理人 (口座名義人)	〒 _____ 世帯主との関係
	(フリガナ) _____
	氏名 _____

保 険 者 記 入 欄	支給決定額
	円

様式第20号の5（第11条の2関係）

様式第20号の5（第11条の2関係）

国民健康保険傷病手当金支給申請書（被保険者記入用）

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	令和 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	令和 年 月 日 (時頃)								
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		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
①で「受診していない」と回答した場合 ③症状（期間などを具体的に）											
③療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 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。	令和 年 月 日から	(給与等の額：円)									
	令和 年 月 日まで	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></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	令和 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
	印
担当者氏名	電話番号

様式第20号の5の次に次の4様式を加える。

様式第20号の6（第11条の2関係）

様式第20号の6（第11条の2関係）

国民健康保険傷病手当金支給申請書（事業主記入用）

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名																
①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）により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。												左記の事由による無給休暇の日数				
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
②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）により、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇（賃金が生じる）は＝】、【その他の休暇（賃金が生じない）は／】でそれぞれ表示してください。												賃金が生じた日数の計 （○、△、＝の計）				
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
②の期間に対して、賃金を支払いましたか？	1. はい	給与の種類 □月給 □時間給 □日給 □歩合給 □日給月給 □その他	賃金計算		締日		日									
	2. いいえ		支払日		1. 当月	日										
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当（賞与）は除く。																
事業主が証明するところ 支給した賃金内訳	期区	単価（円）	月 日 ~ 月 日 分 (A) 支給額（円）	月 日 ~ 月 日 分 (B) 支給額（円）	月 日 ~ 月 日 分 (C) 支給額（円）											
	基本給															
	時給															
	手当															
	手当															
	手当															
	現物給与															
	計															
			賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)			円										
賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。																
令和 年 月 日																
上記のとおり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 印																
担当者氏名			電話番号													

様式第20号の7 (第11条の2関係)

様式第20号の7 (第11条の2関係)

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (医療機関記入用)

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名																															
	傷病名								初診日	令和	年	月	日																			
	発病年月日	令和	年	月	日																											
	労務不能と認められた期間	令和	年	月	日から																											
		令和	年	月	日まで																											
	うち、入院期間	令和	年	月	日から	療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費 () <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																									
		令和	年	月	日まで	転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																									
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	診療 実日数	日												
					15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			29	30										
					31																											
		令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	診療 実日数	日												
					15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			29	30										
					31																											
	令和	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	診療 実日数	日													
				15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			29	30											
				31																												
上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等 (詳しく)																																
								手術年月日	令和	年	月	日																				
								退院年月日	令和	年	月	日																				
症状経過から見て従来職種について労務不能と認められた医学的な所見																																
令和 年 月 日																																
上記のとおり相違ありません。																																
医療機関の所在地																																
医療機関の名称																																
医師の氏名																																
印 電話番号																																

様式第20号の8 (第11条の2関係)

〒

様

傷病手当金支給決定通知書

先に申請のありました傷病手当金支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

世帯主氏名		被保険者氏名	
被保険者証記号		被保険者証番号	

申請年月日		決定年月日	
申請期間		支給額	円
給付の種類	傷病手当金		
備考			

支払方法			
口座払			
振込先	金融機関		
	預金種目		
	口座名義人		

支給予定年月日	
---------	--

通知書発行者
 〒 061-1498
 (所在地) 恵庭市京町1番地
 恵庭市長 原田 裕

問い合わせ先
 〒 061-1498
 (所在地) 恵庭市京町1番地
 恵庭市役所国民健康保険課 0123-33-3131(内線:1163)

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、北海道国民健康保険審査会に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訟は、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、恵庭市に対して提起することができます。
 - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当の理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

様式第20号の9（第11条の2関係）

〒

様

傷病手当金不支給決定通知書

先に申請のありました傷病手当金支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

世帯主氏名		被保険者氏名	
被保険者証記号		被保険者証番号	
申請年月日		決定年月日	
申請期間		支給額	円
給付の種類	傷病手当金		
不支給の理由			
備考			
支払方法 口座払			
振込先	金融機関		
	預金種目		
	口座名義人		
支給予定年月日	***		

通知書発行者
〒 061-1498
(所在地) 恵庭市京町1番地
恵庭市長 原田 裕

問い合わせ先
〒 061-1498
(所在地) 恵庭市京町1番地
恵庭市役所国民健康保険課 0123-33-3131(内線:1163)

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、北海道国民健康保険審査会に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訟は、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、恵庭市に対して提起することができます。
 - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当の理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

様式第30号の次に次の2様式を加える。

様式第31号（第21条関係）

限度額適用
 国民健康保険 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	本人	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
		年	月	日	まで
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
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
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
入院をした保険医療機関等	名称				
	所在地				
⑤	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
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 _____

恵庭市長
 原田 裕 殿

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)

様式第32号 (第21条関係)

様

年 月 日

恵庭市長
原田 裕

限度額適用等認定申請却下通知書

年 月 日 付けで申請がありました

限度額適用 標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額
の認定については下記の理由により却下しましたので通知します。

対象者
却下の理由

この通知書の記載事項に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3ヶ月以内に北海道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、この支給決定金額から起算して6ヶ月以内に恵庭市を被告として(市長が被告の代表者となります。)提起しなければなりません。ただし、提起した日から起算して6ヶ月以内に恵庭市を被告として(市長が被告の代表者となります。)提起しなければなりません。なお、処分の取消の訴えは、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ず、処分の執行又は手続の続行によりと生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるときは、裁決を経ないで、その裁決を経ないこと、裁決の日の日から1年経過すると処分の取消を提起することはできません。

お問い合わせ先
恵庭市役所保健福祉部国保医療課国保給付担当
電話 0123-33-3131
内線 1163・1164

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、令和4年12月1日から適用する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の恵庭市国民健康保険施行規則の規定により行った申請及び通知は、この規則による改正後の恵庭市国民健康保険施行規則の規定により行った申請及び通知とみなす。