

厚岸町規則第55号

厚岸町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。

平成27年12月30日

厚岸町長 若狭 靖

厚岸町国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則

厚岸町国民健康保険条例施行規則（平成14年厚岸町規則第24号）の一部を次のように改正する。

第8条第2項中「法第8条の2第1項」を「法附則第6条第1項」に改め、同条第3項中「被保険者証」の次に「、被保険者資格証明書、高齢受給者証、特定疾病療養受療証及び特別療養証明書」を加える。

第12条第1項中「法施行規則第26条の5」の次に「（同規則）」を加える。

第24条の2を第24条の4とし、第24条の次に次の2条を加える。

（基準収入額適用の申請）

第24条の2 法施行規則第24条の3の規定による申請書は、別記様式第24号によるものとする。

（特定疾病認定の申請）

第24条の3 法施行規則第27条の13第1項の規定による申請書は、別記様式第25号によるものとする。

別記様式第1号を次のように改める。

厚岸町長 様

届 出 日	年 月 日	被保険者証	新		届 出 人	印 (本人が署名した場合は、押印は不要です。)					
異動(予定)日	年 月 日	旧									
住 所	いままで				世 帯 主						
	これから				個 人 番 号						
NO	氏 名	性 別	統 生 年 月 日	個人番号	1 世帯全部	世 帯		人 数			
						増	減	増	減		
1					2 世帯一部						
2					国保異動事由	取 得		喪 失		そ の 他	
3						1 社 保 離 脱	1 社 保 加 入	1 世 主 要 更			
4						2 転 入 生	2 転 出 死	2 氏 名 要 更			
5						3 出 生 保 喪	3 死 生 保 開	3 住 所 要 更			
6						4 生 保 離 脱	4 保 合 始	4 世 帯 変 更			
7						5 組 そ の	5 組 そ の	5 世 帯 変 更			
8					6						
9					備 考						
10					交 付	回 取	給 付	入 力	賦 課		
11											
12											

別記様式第3号を次のように改める。

別記様式第3号(第8条関係)

・被保険者証 被保険者資格証明書
 国民健康保険 高齢受給者証 特定疾病療養受給証 再交付申請書
 特別徴収証明書

被保険者証	記 号	番 号	
被保険者の氏名	性別	生年月日	個人番号
	男・女	年 月 日	
	男・女	年 月 日	
	男・女	年 月 日	
	男・女	年 月 日	
	男・女	年 月 日	
再交付申請の理由			
上記のとおり申請いたします。 年 月 日 世 帯 主 住 所 氏 名 印 (本人が署名した場合は、押印は不要です。) 個人番号			

別記様式第4号中

氏名			
生年月日	年 月 日	性別	男・女

を

氏 名			性別	男・女
生年月日	年 月 日	個人番号		

に、「(本人が署名した

場合は、押印は不要です。) を「(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

個人番号

に改める。

別記様式第6号中「

世帯主	住 所			生年月日	年 月 日	男・女
減額対象者	氏 名		生年月日	年 月 日	男・女	
	世帯主との続柄					

を

世帯主	住 所				
	氏 名		生年月日	年 月 日	男・女
減額対象者	個人番号				
	氏 名		生年月日	年 月 日	男・女
	個人番号				
	世帯主との続柄				

に改める。

別記様式第9号中

住 所	厚岸町			
氏 名		生年月日	年 月 日	男・女
氏 名		生年月日	年 月 日	男・女
世帯主との続柄()				

を

住 所				
氏 名		生年月日	年 月 日	男・女
個人番号				
氏 名		生年月日	年 月 日	男・女
世帯主との続柄 ()				
個人番号				

に、

係

を

スタッフ

に改める。

別記様式第11号中

係

を

スタッフ

に、

氏 名		男・女	世帯主 と 続 柄	
生年月日	年 月 日生			

を

氏 名		男・女	世帯主 と 続 柄	
生年月日	年 月 日生			
個人番号				

に、

「（本人が署名した場合は、押印は不要です。）」を「（本人が署名した場合は、

個人番号

押印は不要です。）に改める。

別記様式第16号を次のように改める。

別記様式第16号(増付添付書)

国民健康保険高額療養費支給申請書

申請者(被保険者)の氏名		生年月日	性別	住所
1	受給者氏名	生年月日	性別	住所
2	受給者氏名	生年月日	性別	住所
3	受給者氏名	生年月日	性別	住所
4	受給者氏名	生年月日	性別	住所
5	受給者氏名	生年月日	性別	住所
6	受給者氏名	生年月日	性別	住所
7	受給者氏名	生年月日	性別	住所
8	受給者氏名	生年月日	性別	住所
9	受給者氏名	生年月日	性別	住所
10	受給者氏名	生年月日	性別	住所
11	受給者氏名	生年月日	性別	住所
12	受給者氏名	生年月日	性別	住所
13	受給者氏名	生年月日	性別	住所
14	受給者氏名	生年月日	性別	住所
15	受給者氏名	生年月日	性別	住所
16	受給者氏名	生年月日	性別	住所
17	受給者氏名	生年月日	性別	住所
18	受給者氏名	生年月日	性別	住所
19	受給者氏名	生年月日	性別	住所
20	受給者氏名	生年月日	性別	住所
21	受給者氏名	生年月日	性別	住所
22	受給者氏名	生年月日	性別	住所
23	受給者氏名	生年月日	性別	住所
24	受給者氏名	生年月日	性別	住所
25	受給者氏名	生年月日	性別	住所
26	受給者氏名	生年月日	性別	住所
27	受給者氏名	生年月日	性別	住所
28	受給者氏名	生年月日	性別	住所
29	受給者氏名	生年月日	性別	住所
30	受給者氏名	生年月日	性別	住所
31	受給者氏名	生年月日	性別	住所
32	受給者氏名	生年月日	性別	住所
33	受給者氏名	生年月日	性別	住所
34	受給者氏名	生年月日	性別	住所
35	受給者氏名	生年月日	性別	住所
36	受給者氏名	生年月日	性別	住所
37	受給者氏名	生年月日	性別	住所
38	受給者氏名	生年月日	性別	住所
39	受給者氏名	生年月日	性別	住所
40	受給者氏名	生年月日	性別	住所
41	受給者氏名	生年月日	性別	住所
42	受給者氏名	生年月日	性別	住所
43	受給者氏名	生年月日	性別	住所
44	受給者氏名	生年月日	性別	住所
45	受給者氏名	生年月日	性別	住所
46	受給者氏名	生年月日	性別	住所
47	受給者氏名	生年月日	性別	住所
48	受給者氏名	生年月日	性別	住所
49	受給者氏名	生年月日	性別	住所
50	受給者氏名	生年月日	性別	住所
51	受給者氏名	生年月日	性別	住所
52	受給者氏名	生年月日	性別	住所
53	受給者氏名	生年月日	性別	住所
54	受給者氏名	生年月日	性別	住所
55	受給者氏名	生年月日	性別	住所
56	受給者氏名	生年月日	性別	住所
57	受給者氏名	生年月日	性別	住所
58	受給者氏名	生年月日	性別	住所
59	受給者氏名	生年月日	性別	住所
60	受給者氏名	生年月日	性別	住所
61	受給者氏名	生年月日	性別	住所
62	受給者氏名	生年月日	性別	住所
63	受給者氏名	生年月日	性別	住所
64	受給者氏名	生年月日	性別	住所
65	受給者氏名	生年月日	性別	住所
66	受給者氏名	生年月日	性別	住所
67	受給者氏名	生年月日	性別	住所
68	受給者氏名	生年月日	性別	住所
69	受給者氏名	生年月日	性別	住所
70	受給者氏名	生年月日	性別	住所
71	受給者氏名	生年月日	性別	住所
72	受給者氏名	生年月日	性別	住所
73	受給者氏名	生年月日	性別	住所
74	受給者氏名	生年月日	性別	住所
75	受給者氏名	生年月日	性別	住所
76	受給者氏名	生年月日	性別	住所
77	受給者氏名	生年月日	性別	住所
78	受給者氏名	生年月日	性別	住所
79	受給者氏名	生年月日	性別	住所
80	受給者氏名	生年月日	性別	住所
81	受給者氏名	生年月日	性別	住所
82	受給者氏名	生年月日	性別	住所
83	受給者氏名	生年月日	性別	住所
84	受給者氏名	生年月日	性別	住所
85	受給者氏名	生年月日	性別	住所
86	受給者氏名	生年月日	性別	住所
87	受給者氏名	生年月日	性別	住所
88	受給者氏名	生年月日	性別	住所
89	受給者氏名	生年月日	性別	住所
90	受給者氏名	生年月日	性別	住所
91	受給者氏名	生年月日	性別	住所
92	受給者氏名	生年月日	性別	住所
93	受給者氏名	生年月日	性別	住所
94	受給者氏名	生年月日	性別	住所
95	受給者氏名	生年月日	性別	住所
96	受給者氏名	生年月日	性別	住所
97	受給者氏名	生年月日	性別	住所
98	受給者氏名	生年月日	性別	住所
99	受給者氏名	生年月日	性別	住所
100	受給者氏名	生年月日	性別	住所

別記様式第16号の2中「

生 年 月 日	年 月 日 生
---------	---------

を

「

生 年 月 日	年 月 日 生
個 人 番 号	

「電話番号

に、（本人が署名した場合は、

」

「（本人が署名した場合は、押印は不要です。）

押印は不要です。）」を 個人番号

に改め

電話番号

()

」

る。

「

別記様式第17号中

係

を

「

スタッフ

に、

」

」

「

	住 所			
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日

を

」

「

療養を受けていた者	住 所			
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
			個 人 番 号	

に、

」

「（本人が署名した場合は、押印は不要です。） を「（本人が署名した場合は、押

」 個人番号

印は不要です。） に改める。

」

別記様式第18号を次のように改める。

第三者行為による被害届

被害者	被保険者証の 記号番号	被保険者名(被害者名)			
		個人番号			
	生年月日	明治 昭和	大正 平成	年 月 日生	世帯主との続柄
加害者	氏名	住所		職業	TEL
加害者の 使用主	氏名	住所		職業	TEL
発病の日時 及び場所	年 月 日 午前 午後 時 分 頃 場所				
発病の原因又は 負傷時の状況					
傷病又は 負傷の程度	治療を受けた 状況	治療 の経過	入院 日 通院 日	医療費	円
	年 月 日からしている。 していない。				
診療を受けた 機関	当初	移転後			
自の 自動車 事故 原因 の 場所	自賠責保険 契約会社名	証明書番号		第 号	
	契約者住所	契約者氏名			
	所有者住所	所有者氏名			
	登録番号又は 車両番号	車台番号			
	任意保険 (対人)の有無	有 (保険会社(相互)会社) 無			
損害賠償に関する 交渉の経過					
国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおり届出します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 印 (本人が署名した場合は、押印は不要です。) 個人番号 厚岸町長 様					
注1. 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。 注2. 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば○月○日見舞金をどれだけ受取った、医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書等を提出してください。 注3. 自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を記してください。 注4. 後日調査の必要上関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。					

別記様式第19号中「

出生した被保 険者の氏名		世帯主との 続 柄	
-----------------	--	--------------	--

を

出生した被保 険者の氏名		世帯主との 続 柄	
出生した被保険者の個人番号			

に、「(本人が署名した

場合は、押印は不要です。) を「(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

個人番号

に、

係

を

スタッフ

に改める。

別記様式第20号中「 死亡年月日 年 月 日 葬祭年月日 年 月 日 」

を 「

死亡した被保険者の 個人番号			
死亡年月日	年 月 日	葬祭年月日	年 月 日
第三者行為等の有無	有(業務上・第三者行為・その他)・無 (内容)		

に、「本人が署名し

た場合は、押印は不要です。) を「(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

個人番号

「

係

を

スタッフ

に改める。

」

別記様式第22号及び別記様式第23号を次のように改める。

別記様式第22号(第17条関係)

決 裁	町長	副町長	課長	係長	スタッフ	支給	決定番号	第 号
							審査決定点数	点
	年 月 日 右のとおり決定してよろしいか。						療養の給付に要する費用	円
							他法負担分	円
							一部負担分	円
							支給決定額	円
					不支給理由			

国民健康保険療養費支給申請書									
被保険者証		記号	番号						
療養を受けた被保険者		生年月日	年 月 日		世帯主との続柄				
個人番号									
傷病名		療養期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間					
発病・負傷年月日		年 月 日		発病の原因					
傷病の経過		第三者行為等の有無 ()							
療養内容		入院・輸血 入院外 その他 コルセット		療養に要した費用		円			
診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局・その他の者の名称、所在地									
診療又は薬剤に従事した医師歯科医師又は薬剤師の氏名									
療養の給付を受けることができなかった理由									
備考									
上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。									
年 月 日 世帯主 住所 氏 名 (本人が署名した場合は、押印は不要です。) 個人番号 厚岸町長 様									

振込先口座／金融機関名 支店名 支店 口座番号
口座名義 預金種別(普通・当座)

国民健康保険施設介護施設費支給申請書

被保険者証 記号	番号	保険者名	
被保険者 氏名	生年月日	年 月 日	男 女 世帯主 との関係
個人番号			
負傷者名 ① ② ③	施設 開始日	④ ⑤ ⑥	日 月 日
負傷 年 月 日		施設の給付を受けることがで きなかった理由	
年 月 日		国民健康保険法第54条第1項該当	
施設費の内訳		審査	負担の範囲及び負担の経過
初診料	一般 時間外 深夜	円	円
往診料	一般 夜間・深夜 緊急 同一家庭	円 円 円 円	円 円 円 円
骨折 脱臼 不全折 固定料	円	円	円
接骨 打撲 施設費	円	円	円
後援料	① ② ③	円 円 円	円 円 円
薬料	① ② ③	円 円 円	円 円 円
合計	円	円	一部負担額 円
上記のとおり申請します。 年 月 日 住所 世帯主氏名 ⑦ (本人が署名した場合は、押印は不要です) 個人番号 理事長 様			
委任状 上記施設費支給の申請に係る請求並びに受領を施設費に委任します。 年 月 日 住所 被保険者氏名 ⑧			

別記様式第23号の次に次の2様式を加える。

別記様式第24号(第24条の2関係)

国民健康保険基礎収入認定用申請書

(7)世帯主名		被保険者証の記号・番号	
(本人が署名した場合は、押印は不要です)		記号	番号
生年月日	年 月 日生	電話番号	
住所			
個人番号			
被保険者氏名	生年月日	年 月 日生	年 月 日生
個人番号			
年 中 の 収 入	公的年金 (老齢基礎年金) 老齢厚生年金 退職厚生年金 退職年金等	円	円
	給与 (パート収入等)	円	円
	年金・給与以外の収入 ()収入	円	円
	合計	円	円
(注) ① 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 保険者及び旧国保被保険者(国保被保険者から後期高齢者医療制度へ移行した方)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。 ② 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(除 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、児童手当金等)は除きます。 ③ 公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書がない、公的年金及び給与収入額を 確認できる所得(遺族)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、収入額を確認できる書類の発行されてい ない収入については添付が必要です。			

別記様式第 25 号（第 24 条の 3 関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書

厚岸町長 様	申請者 (世帯主)	被保険者証 記号・番号	厚岸
平 月 日		住所	
		氏名	印 (本人が署名した場合は、押印は不要です。)
		個人番号	

次のとおり、国民健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

認定対象者	氏名	男・女	年 月 日生
	個人番号		
疾病の名称	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固因子障害又は先天性血液凝固因子障害（いわゆる血友病） 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（血液凝固因子製剤の投与に起因する HIV 感染症に関する医療を受けている者）		
療養費額			
医師の意見書	上記のとおり治療を受けていることに相違ありません。 意見・特記 年 月 日 医療機関の名称・所在地 医師の氏名 印		

以下記入の必要はありません

年 月 日	課長	課長補佐	係長	スタッフ
上記の申請について、特定疾病療養者と認定したので、受療証を交付する。				

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成28年1月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の厚岸町国民健康保険条例施行規則別記様式第1号、別記様式第3号、別記様式第4号、別記様式第6号、別記様式第9号、別記様式第11号、別記様式第16号、別記様式第16号の2、別記様式第17号、別記様式第18号、別記様式第19号、別記様式第20号、別記様式第22号及び別記様式第23号による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。