

厚岸町規則第20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。

令和3年3月17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条中第2項を削り、第3項を第2項とし、第4項から第6項までを1項ずつ繰り上げ、同条第7項中「第3項」を「第2項」に改め、同項を同条第6項とする。

第12条第1項中「第27条の14の4第6項」を「第27条の14の5第6項」に改める。

第19条及び第20条を次のように改める。

（月間の高額療養費の支給申請）

第19条 法施行規則第27条の17の規定による申請書は、別記様式第15号によるものとする。

2 町長は、高額療養費の支給又は不支給の決定をしたときは、速やかに別記様式第14号の通知書を当該世帯主に交付するものとする。

（年間の高額療養費の支給申請等）

第20条 法施行規則第27条の17の2の規定による申請書は、別記様式第16号の5によるものとする。

2 町長は、高額療養費（外来年間合算）の支給又は不支給の決定をしたときは、速やかに別記様式第16号の6の通知書を当該世帯主に交付するものとする。

3 町長は、法施行規則第27条の17の3の規定による申請があったときは、別記様式第16号の7の証明書を当該世帯主に交付するものとする。

附則を附則第1項とし、同項に見出しとして「(施行期日)」を付し、附則に次の見出し及び2項を加える

(新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金の支給)

- 2 条例附則第3項の規定による被保険者が、新型コロナウイルス感染症に感染した場合(同項に規定する新型コロナウイルス感染症に感染した場合をいう。以下同じ。)による傷病手当金の支給を受けようとするときに提出する申請書は、附則様式第1号から附則様式第4号までによるものとする。
- 3 町長は、傷病手当金の支給又は不支給の決定をしたときは、速やかに附則様式第5号の通知書を当該申請者に交付しなければならない。

附則第3項の次に次の5様式を加える。

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 記号(番号)			世帯主氏名		
	氏名			生年月日	年 月 日	
	住所					
振込先	金融機関 名称	銀行・金庫 信組・農協 その他( )		本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他( ) <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>		
	預金別	普通・当座 その他( )	口座番号			
	口座名義(カタカナ)					
<p>※左端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1字空けてください。</p>						
<p>上記及び別紙のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 _____ 電話番号 _____ ( )</p> <p>世帯主 氏名 _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">厚岸町長 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	本申請に基づく傷病手当金に関する受領を下記の代理人に委任します。		年 月 日
	氏名	(印)	住所 同上
代理人 (受領者)	〒 _____		世帯主との関係
	(フリガナ) 氏名	(印)	

保険者 記入欄	支給決定額	
		円

附則様式第2号 (附則第2項関係)

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	年 月 日	傷病者(被保険者)が 傷病に罹った日 (罹った場合)に記入	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					
② 医療機関の受診日		年 月 日					
③ 医療機関の受診日		年 月 日					
④ 医療機関の受診日		年 月 日					
⑤ 症状(期間などを具体的に)							
⑥ 療養のため 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	⑦ 左記期間のうち、勤務がなかった日数 (労務課の記録簿等に基づき、労務課の記録簿 に勤務がなかった日数は、	日				
⑧	上記の療養のため、休んだ期間に 給与等の支払いを受けましたか。 また、給付金は受け取れますか。	1. はい      2. いいえ					
⑨	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)期間を記入 する。	年 月 日から	(給与等の額：円)				
		年 月 日まで	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				

(上記⑧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	年 月 日
	上記⑧～⑨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

## 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の新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり自宅に居られる場合を含む)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)												上記の事由による無給休暇の日数				
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	
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の新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり自宅に居られる場合を含む)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(○) 有給休暇(△) 上記の事由による無給休暇(□) 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				
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	
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	
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	
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	
この期間に対して賃金を支払いましたか		1. はい		2. いいえ		<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		締日 支払日 1. 当月 2. 翌月		日		日				
③の期間の課税対象となる賃金支払状況を「」記入ください。ただし、期末勤続手当(賞与)は除く。																
支給した賃金内訳	期 区	単価(円)	月 日 ~ 月 日 分	(A)支給額(円)	(B)支給額(円)	(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。																
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						年 月 日										
担当者氏名			印													
担当者氏名			電話番号													

国民健康保険傷病手当金支給申請書 (医療機関記入用)

医療機関担当者の意見を書き添えてください。	患者氏名																														
	傷病名															初診日	年 月 日														
	発病年月日	年 月 日														発病の原因															
	労務不能と認められた期間	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													
		年 月 日まで																結果	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 編越 <input type="checkbox"/> 転医												
	療養入院期間	年 月 日から														療養期間															
		年 月 日まで																													
	診療日及び入院し、退院した日等(○で囲む)	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	療養 差日数	日												
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31													
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	療養 差日数	日												
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31														
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	療養 差日数	日													
	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(療養内容、検査結果、療養指導)等(詳しく)																															
														手術年月日	年 月 日																
														退院年月日	年 月 日																
症状経過から見て従来の職種につき、労務不能と認められた医学的な所見																															
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																															
 電話番号																															

国民健康保険傷病手当金支給決定通知書			
年 月 日付けで申請のあった傷病手当金について、審査の結果次のとおり支給・不支給に決定しましたので通知します。			
住所		年 月 日	
世帯主 氏名		様	
厚岸町長		印	
被保険者記号・番号	厚 岸		
療養をした被保険者氏名		世帯主との続柄	
療養のために休んだ期間			
上記期間のうち勤務ができなかった日数			
支給決定日数			
支給決定額			
不支給の場合の理由			
(注)1 この決定に疑問のあるときは、町民課に問い合わせください。 2 この決定に不服のある場合は、この通知を受け取った日から60日以内に口頭又は文書をもって、北海道国民健康保険審査会に審査の請求をすることができます。 3 窓口受領の方へ ① 受領の際は、認印及び本通知書を持参ください。 ② 代理人が受領される場合は、委任状と代理人の認印を持参ください。			

別表1中「別記様式第22号の(1)」を「別記様式第22号の2」に、「別記様式第22号の(2)」を「別記様式第22号の3」に、「別記様式第22号の(3)」を「別記様式第22号の4」に改める。

別記様式第1号中「被保険者証」を「被保険者」に改め、「印」及び「(本人が署名した場合は、押印は不要です。)」を削る。

別記様式第2号を次のように改める。

別記様式第2号 削除

別記様式第3号中「被保険者証」を「被保険者」に改める。

別記様式第4号中「(一般・退職本人・退職扶養)」を削り、「被保険者証の記号番号」を「被保険者記号・番号」に改める。

別記様式第6号中「被保険者証記号番号」を「被保険者記号・番号」に改める。

別記様式第8号中「、第12の2」を「、第12条の2」に改める。

別記様式第9号中「被保険者証」を「被保険者」に改める。

別記様式第11号及び別記様式第12号中「被保険者証」を「被保険者」に改める。

別記様式第15号中「、第20条関係」を「、第19条の2関係」に改める。

別記様式第16号中「被保険者証記号番号」を「被保険者記号・番号」に、

国 退 区 保 職 分	備考
国 保 退 職 〔本人 ・ 被扶養者〕	領収書添付 有
国 保 退 職 〔本人 ・ 被扶養者〕	領収書添付 有
国 保 退 職 〔本人 ・ 被扶養者〕	領収書添付 有
国 保 退 職 〔本人 ・ 被扶養者〕	領収書添付 有

を

備考
領収書添付 有
領収書添付 有
領収書添付 有
領収書添付 有

に改める。

別記様式第16号の2中「被保険者証記号」を「被保険者記号」に、「被保険者証番号」を「被保険者番号」に改める。

別記様式第16号の3中「被保険者証記号」を「被保険者記号」に、「被保険者証番号」を「被保険者番号」に改める。

別記様式第16号の4中

被保険者証記号		被保険者証番号
---------	--	---------

を、

被保険者記号		被保険者番号
--------	--	--------

に改め、「平成」及び

「（退職者医療に係るものにあつては「67」）」を削り、「被保険者証」を「被保険者」に改める。

別記様式第16号の4の次に次の3様式を加える。



〒

様

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。

被保険者氏名		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					

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

〒088-1192 厚岸郡厚岸町真栄3丁目1番地	厚岸町長	印
-----------------------------	------	---

(問い合わせ先) 〒088-1192 厚岸郡厚岸町真栄3丁目1番地 厚岸町役場 課 係 電話番号 0153-52-3131(内線)
--

審査請求及び取消訴訟

この決定（以下「処分」といいます。）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（正当な理由がある場合は、この処分のあった日の翌日から起算して1年以内）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。また、この処分の取消しの訴えについては、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内（正当な理由がある場合は、裁決のあった日の翌日から起算して1年以内）に、厚岸町を被告として（訴訟において厚岸町を代表する者は、厚岸町長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えについては、前記の審査請求の裁決を経た後で無ければ提起することができませんが、①審査請求があった日の翌日から起算して3か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き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、審査請求に対する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。ただし、正当な理由があると認められる場合は、この処分があった日又は審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過した場合であっても審査請求又は処分の取消しの訴えの提起をすることができます。

別記様式16号の7(第20条関係)

平成 年 月 日

〒

県

厚岸町国民健康保険 高額療養費(外来年間合算)自己負担額証明書

下記の通り証明いたします。

フリガナ						
申請者氏名						
生年月日			性別			
自己負担額証明書管理番号						
保険者番号			証明対象年度			
被保険者記号			横保険者記号			
対象となる計算期間						
対象期間において被保者(組合員)であった期間						
診療年月	氏名		氏名		氏名	
	記号・番号		記号・番号		記号・番号	
	自己負担額	摘要	自己負担額	摘要	自己負担額	摘要
年 月 日						
年 月 日						
年 月 日						
年 月 日						
年 月 日						
年 月 日						
年 月 日						
年 月 日						
年 月 日						
年 月 日						
計						
年 月 日						
〒 053-1192 厚岸郡厚岸町真栄3丁目1番地						
						厚岸町長
						印

【証明を請求する】  
 (問い合わせ先)  
 〒 053-1192  
 厚岸郡厚岸町真栄3丁目1番地  
 厚岸町役場 課 係  
 電話番号 0153-52-3131(内線 )  
 (計算結果送付先)  
 〒 -

【備考】

別記様式第17号中「被保険者証」を「被保険者」に改める。

別記様式第18号中 「被保険者証の記号番号」 を 「被保険者記号・番号」 に改め、「明治 大正 昭和 平成」

を削る。

別記様式第19号及び別記様式第20号中 「被保険者証の記号・番号」 を 「被保険者記号・番号」

に改める。

別記様式第22号中「被保険者証」を「被保険者」に改める。

別記様式第22号の(1)を別記様式第22号の2とし、別記様式第22号の(2)を別記様式第22号の3とする。

別記様式第22号の(3)中「被保険者証」を「被保険者」に改め、同様式を別記様式第22号の4とする。

別記様式第23号中「被保険者証」を「被保険者」に改める。

別記様式第24号中「被保険者証の記号・番号」を「被保険者記号・番号」に改める。

別記様式第25号中 「被保険者証記号・番号」 を 「被保険者記号・番号」 に改める。

## 附 則

### (施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

### (経過措置)

- 2 この規則の施行の際現に公布されているこの規則の改正前の様式による用紙は、当分の間、所要の修正をして使用することができる。