

船橋市国民健康保険条例施行規則に規定する様式を定める要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、船橋市国民健康保険条例施行規則（昭和47年規則第22号。以下、規則）の施行に関し、必要な様式を定めるものとする。

(様式)

第2条 規則に規定する様式は、別表に掲げるところによる。

附 則

この要綱は、令和8年2月24日から施行する。

別表

様式番号	様式名称	規則条項
様式第1号	国民健康保険一部負担金徴収猶予・減免申請書	第14条第1項
様式第2号	国民健康保険一部負担金徴収猶予・減免決定通知書	第14条第2項
様式第3号	国民健康保険一部負担金徴収猶予・減免証明書	第14条第3項
様式第4号	国民健康保険療養費支給申請書	第15条
様式第5号	出産育児一時金支給申請書	第16条
様式第6号	葬祭費支給申請書	第17条
様式第7号	国民健康保険高額療養費支給申請書	第18条
様式第8号	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	第18条の2
様式第9号	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	第18条の3
様式第10号	国民健康保険料修正申請書	第22条
様式第11号	国民健康保険料納入通知書	第23条
様式第12号	国民健康保険料決定（更正）通知書	第23条
様式第13号	過誤納金還付通知書	第24条
様式第14号	過誤納金充当通知書	第24条
様式第15号	過誤納金還付・充当通知書	第24条
様式第16号	過誤納金還付請求書	第24条
様式第17号	国民健康保険料徴収猶予申請書	第25条第1項
様式第18号	国民健康保険料徴収猶予決定通知書	第25条第2項
様式第19号	国民健康保険料減免申請書	第26条第1項
様式第20号	国民健康保険料減免決定通知書	第26条第2項

様式第1号

国民健康保険一部負担金徴収猶予減免申請書					
記号・番号	療養の給付を受けようとする被保険者				世帯主との続柄
	氏名		生年月日	年	月 日
			個人番号		
傷病名	(1)	発病又は負傷		(1)	年 月 日発生
	(2)	年 月 日		(2)	年 月 日発生
減免額除徴収猶予 (○で囲んで下さい)	割合	円割	期間	年 月 日から 年 月 日まで 計 月分	
	事由 (詳しく具体的に書いて下さい)				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 世帯主 氏名 個人番号</p> <p>船橋市長 あて</p>					

様式第2号

国民健康保険一部負担金 ^{徴収猶予} _{減免} 決定通知書		
年 月 日		
様		
船橋市長 印		
<p>あなたの国民健康保険一部負担金(減額、免除、徴収猶予)については、次のとおり決定しましたから船橋市国民健康保険条例施行規則第14条第2項の規定により通知し 却下 す。</p>		
減 額	割 合	承 認 期 間
免 除	円	年 月 日から
徴 収 猶 予	割	年 月 日まで
計 月分		
<p>理由</p> <p>この処分不服がある場合には、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月以内に千葉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。</p> <p>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月以内に、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。)提起することができます。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、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。①審査請求があった日の翌日から起算して3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。</p>		

様式第3号

国民健康保険一部負担金徴収猶予 ^{減額} 免除 ^{証明書}					
記 号 ・ 番 号		住 所			
療養の給付を受ける被保険者					
氏 名	(年 月 日生)	世 帯 主 と 続 柄		世 帯 主 の 氏 名	
傷 病 名	(1)	発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日		(1)	年 月 日 発 生
	(2)			(2)	年 月 日 発 生
減 額 免 除 徴 収 猶 予		割 合		承 認 期 間	
		円 割		年 月 日 から 年 月 日 まで 計 月 分	
上記のとおり証明します。					
年 月 日					
船橋市長					印

注意事項

- 1 療養の給付を受ける際、この証明書を事前に当該療養取扱機関に提示してください。
- 2 療養取扱機関は、この証明書記載の割合に相当する額を一部負担金から差引いた金額を徴収してください。
- 3 療養取扱機関は、診療報酬を請求するときは診療報酬請求書にこの証明書を添付して請求してください。

様式第4号

国民健康保険療養費支給申請書

保険者番号		療養を受けた	
個人番号		被保険者名	
記号・番号		生年月日	
公費負担者番号		日数	
受給者番号		入外区分	食事回数
保険制度		給付割合	
高齢者・乳幼児		療養期間	
診療年月			
療養費種別			
傷病名			
診療を受けた医療機関等の所在地及び名称			
申請の理由		発病又は負傷の原因	長期
診療、調剤又は手当に従事した医師、歯科医師、薬剤師等の名称			第二法別
療養に要した費用		支給額	
薬剤一部負担金			
患者負担額		審査会決定	
食事に要した費用		審査会決定	
食事標準負担額			
振込先	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定（以下記入） <input type="checkbox"/> 公金受取口座（以下記入不要）		
銀行名		支店名・店番	
口座番号		預金種目	
口座名義人			
年 月 日			
船橋市長 あて 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。 <div style="text-align: right;"> 住所 世帯主 氏名 ㊟ 個人番号 電話番号 </div>			
年 月 日			
船橋市長 あて 上記支給額を領収しました。 <div style="text-align: right;"> 氏名 ㊟ </div>			

様式第5号

出産育児一時金支給申請書													
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">¥</td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> </tr> </table>						¥							
¥													
ただし、船橋市国民健康保険条例第6条による出産育児一時金													
記号・番号													
出産者の氏名 及び生年月日	年	月	日	世帯主と の続柄									
出産年月日	年	月	日	出産の 区分	死産 週間								
上記のとおり申請します。 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">住所 世帯主 氏名</div> 船橋市長 あて (印)													
上記の金額を領収しました。 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">氏名</div> 船橋市長 あて (印)													
振込先	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定（以下記入） <input type="checkbox"/> 公金受取口座（以下記入不要）												
銀行	支店	口座種別	口座番号	ふりがな									
		普・当		名義人									
証明(確認)欄													
上記のとおり出産の事実を証明します。 年 月 日 医師又は 助産師 住所 氏名 (印)		確 認 の 種 別	確 認 年 月 日	年 月 日	確 認 者 印								
		1	戸	籍	簿								
		2	住	民 登 録	簿								
		3	出	生	届								
		4	母	子 手	帳								
		5	そ の 他 ()										

様式第6号

葬 祭 費 支 給 申 請 書										
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 30px;">¥</td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> <td style="width: 30px;"></td> </tr> </table>					¥					
¥										
ただし、船橋市国民健康保険条例第7条による葬祭費										
記号・番号		死亡者の氏名 及び生年月日	年 月 日							
申請者(喪主)の氏名		申請者(喪主)との続柄								
死亡年月日	年 月 日	葬 祭 執 行 日	年 月 日							
死亡の原因		死亡が第三者の行為によるときは、その事実並びに第三者の住所氏名								
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者(喪主) 住 所 氏 名 印</p> <p>船橋市長 あて</p>										
<p>上記の金額を領収しました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 印</p> <p>船橋市長 あて</p>										
振込先	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定 (以下記入) <input type="checkbox"/> 公金受取口座 (以下記入不要)									
銀行	支店	口座種別	口座番号	ふりがな						
		普・当		名義人						
証明(確認)欄										
<p>上記のとおり死亡の事実を証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>医師 住 所 氏 名 印</p>										
確 認 の 種 別	確 認 年 月 日	年 月 日	確 認 者 印							
	1 戸 籍 簿									
	2 住 民 登 録 簿									
	3 死 亡 届									
	4 埋 火 葬 許 可 証									
	5 そ の 他 ()									

様式第8号

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		計算期間の始期 及び終期						
フリガナ					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
申請者氏名						1		
生年月日						2		
被保険者 記号・番号		個人番号				3		
加入期間					計算期間の末日に加入する医療保険者の名称			
振込先	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定（以下記入） <input type="checkbox"/> 公金受取口座（以下記入不要）							
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	
	信用金庫 信用組合		支 店 出張所				口座名義人	
フリガナ					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
世帯員氏名						1		
記号・番号		個人番号				2		
生年月日						3		
加入期間								
フリガナ					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
世帯員氏名						1		
記号・番号		個人番号				2		
生年月日						3		
加入期間								
備考	船橋市長 あて 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。					申請年月日		
						住所		
						申請者氏名	㊞	
						電話番号		

様式第9号

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		申請区分									
フリガナ		生年月日		計算期間の始期及び終期							
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						
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			
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			
振込先		<input type="checkbox"/> 振込口座を指定（以下記入） <input type="checkbox"/> 公金受取口座（以下記入不要）									
支給 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 支店 出張所	店舗コ ード	種目	口座番号	フリガナ		振込先口座 管理番号
									口座名義人		
保険 者加 入歴	保険者名称		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号				備考		
	1										
	2										
	3										
船橋市長 あて						申請年月日					
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。						住所					
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。						申請者氏名		㊞			
						個人番号					
						電話番号					

様式第10号

年 月 日

船橋市長 あて

住 所
世帯主
氏 名

国民健康保険料修正申請書

国民健康保険料の修正を受けたいので、理由を証明する書類を添付して下記のとおり申請します。

記

納付すべき保険料		当該年度分国民健康保険料見積額		
賦課年度	年度	総所得金額	円	
賦課額	期	円	賦課基準額	円
	期	円	所得割額(料率)	円
	期	円	均等割額(1人当り 円)	人 円
	期	円	合 計	円
	期	円	軽 減 額	円
	合 計	円	当該年度分の見積額	円
理 由				

通知書番号	
記号番号	

国民健康保険料決定の明細

(単位：円)

賦課明細		更正前	更正後	増減
医療分	所得割額	基礎額		
		均等割額		
	算出額			
	政令軽減額	判定		
		所得割額		
		均等割額		
	限度超過額			
	年間保険料			
	増減調整額			
	条例減免額			
	減免額			
	(A) 医療分保険料額			
支援金分	所得割額	基礎額		
		均等割額		
	算出額			
	政令軽減額	判定		
		所得割額		
		均等割額		
	限度超過額			
	年間保険料			
	増減調整額			
	条例減免額			
	減免額			
	(B) 支援金分保険料額			
介護分	所得割額	基礎額		
		均等割額		
	算出額			
	政令軽減額	判定		
		所得割額		
		均等割額		
	限度超過額			
	年間保険料			
	増減調整額			
	減免額			
(C) 介護分保険料額				

(単位：円)

		更正前	更正後	増減
決定額	決定保険料額(A)+(B)+(C)			
	内訳 (再掲)	医療保険分		
		支援金分		
	介護保険分			

過誤納金還付通知書

年 月 日

船橋市長

様

- 1 あなたの納付額が、この通知書のとおり納め過ぎになりました。お返ししますので、お知らせします。
2 別紙の過誤納金還付請求書の太枠内に、請求日、納付義務者本人の住所、氏名、フリガナ、電話番号、金融機関名、支店名、預金種目並びに口座番号を記入してください。
3 この通知書は、納付の証拠となりますので、大切に保存してください。
4 この通知について不服のあるときは、この通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に千葉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(処分の取消しの訴え)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か月以内に市を被告として(訴訟において市を代表とする者は、市長となります。)
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とされていますが、
① 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、
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。

(単位:円)

Table with columns for payment amount, subject, fiscal year, notice number, and reasons for overpayment. Includes a summary table for payment details.

(単位:円)

Table for section 4: ④ 充当額 (過誤納額を未納額に充当した金額). Columns include fiscal year, subject, item, notice number, period, insured number, assessment amount, surcharge, delinquency, and fulfillment date.

様

船橋市長

- 1 あなたの納付額が、この通知書のとおり納め過ぎになりました。
次のとおり未納額に充当するとともに、お返りする金額がありますので、お知らせします。
- 2 別紙の過誤納金還付請求書の太枠内に、請求日、納付義務者本人の住所、氏名、フリガナ、電話番号、金融機関名、支店名、預金種目並びに口座番号を記入してください。
なお、納付義務者が死亡の場合は、代表相続人が請求してください。その際に、氏名の前に代表相続人を併記してください。
- 3 この通知書は、納付の証拠となりますので、大切に保存してください。
- 4 この通知について不服のあるときは、この通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に千葉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(処分の取消しの訴え)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か月以内に市を被告として(訴訟において市を代表とする者は、市長となります。)
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とされていますが、
 - ① 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、
 - 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。

(単位：円)

還付金額(③-④) 円		科目	賦課年度		通知書番号		納めすぎた理由				
			対象年度				理由日付				
金融機関名											
預金種別		口座番号									
口座名義人		支払予定日									
① 納付した金額						② 正しい金額			③ 過誤納額(①-②)		
期月	収納日	領収日	調定額	督促料	延滞金	調定額	督促料	延滞金	調定額	督促料	延滞金
					0						
		合計			0						

(単位：円)

④ 充当額 (過誤納額を未納額に充当した金額)											
賦課	対象	科目			通知書番号	期月	被保険者番号	調定額	督促料	延滞金	充当日
							合計				

過誤納金還付請求書

過誤納番号

請求・振込依頼書		次の金額を請求し、振り込みを依頼します。	
請求日		年	月 日 船橋市長あて
住所	電話番号 () -		
(フリガナ)			
氏名		個人番号	
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。	
金融機関名	支店名	預金種目	口座番号(右詰め)
		1 普通 2 当座	
口座名義人 (カタカナ)			
委任状 (義務者と口座名義人が異なる場合のみご記入ください。)			
還付金の受領を右記の代理人に委任します。		代理人住所	
年 月 日		代理人氏名	
(印)			

太枠内のみ記入してください。

通知日 年 月 日

様

		還付金額 (③-④)		円	
科目		賦課年度	通知書番号	納めすぎた理由	
		対象年度		理由日付	

年 月 日 通知済

(単位:円)

① 納付した金額						② 正しい金額			③ 過誤納額 (①-②)		
期月	収納日	領収日	調定額	督促料	延滞金	調定額	督促料	延滞金	調定額	督促料	延滞金
		合 計									

(単位:円)

④ 充当額 (過誤納額を未納額に充当した金額)

賦課	対象	科目	通知書番号	期月	被保険者番号	調定額	督促料	延滞金	充当日
----	----	----	-------	----	--------	-----	-----	-----	-----

年 月 日

様

船橋市長



国民健康保険料徴収猶予決定通知書

あなたから徴収猶予申請のありました、年度分国民健康保険料について(許可・却下)することと決定しましたので通知します。

記

年度保険料		決定猶予期限	却 下 理 由
期	円	年 月 日	
期	円	年 月 日	
期	円	年 月 日	
期	円	年 月 日	
期	円	年 月 日	
期	円	年 月 日	
期	円	年 月 日	
期	円	年 月 日	
期	円	年 月 日	
期	円	年 月 日	

※ この処分不服がある場合は、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月以内に千葉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。

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月以内に、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。)提起することができます。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、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。①審査請求があった日の翌日から起算して3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。

※ 必要な書類の提出及び期限までに納付しないときは、徴収猶予を取り消すこともあります。

様式第19号

年 月 日

船橋市長 へ

住 所
世帯主
氏 名

国民健康保険料減免申請書

国民健康保険料の減免を受けたいので、理由を証明する書類を添付して下記のとおり申請します。

記

年度保険料		減免を受けようとする理由
第1期	円	
第2期	円	
第3期	円	
第4期	円	
第5期	円	
第6期	円	
第7期	円	
第8期	円	
第9期	円	
第10期	円	
現随時	円	
過随時	円	
合 計	円	

第 号
年 月 日

様

船橋市長



国民健康保険料減免決定通知書

あなたから減免申請のありました 年度国民健康保険料について(免除・減額・却下)することに決定しましたので通知します。

記

期 別	当初の保険料	減額した額	納付すべき額	却 下 の 理 由
1	円	円	円	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
現随時				
過随時				
合 計				

この処分に不服がある場合には、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月以内に千葉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。

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月以内に、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。)提起することができます。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、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。①審査請求があった日の翌日から起算して3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。