

四日市市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6年11月29日

四日市市長 森 智 広

四日市市規則第80号

四日市市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則

四日市市国民健康保険条例施行規則（昭和40年四日市市規則第15号）の一部を次のように改正する。

改正後	改正前
<p><u>第6条から第8条まで</u> 削除</p>          <p>(一部負担金の減免又は徴収猶予)</p> <p>第11条 法第44条第1項の規定による一部負担金の減免又は徴収猶予の措</p>	<p><u>(被保険者証の更新)</u></p> <p>第6条 被保険者証の更新は、毎年10月1日に行うものとする。</p> <p><u>(被保険者証の返還の場合における亡失届)</u></p> <p>第7条 世帯主は、その世帯に属するすべての被保険者が、その資格を喪失した場合、その他被保険者証を返還しなければならない場合において、紛失、盗難その他やむを得ない理由により返還することができないときは、その旨市長に届け出なければならない。</p> <p><u>(被保険者証の無効告示)</u></p> <p>第8条 第3条の規定により被保険者の資格を喪失したものとみなしたときは、市長は、速やかに当該被保険者証の無効を告示するものとする。</p> <p>(一部負担金の減免又は徴収猶予)</p> <p>第11条 法第44条第1項の規定による一部負担金の減免又は徴収猶予の措</p>

置は、災害その他特別の理由により、一部負担金の支払が困難であると認められるものについて、その支払が困難であると認められる金額を限度として行う。この場合において、その徴収を猶予する期間は申請のあった日の属する月から起算して6月以内（ただし、急患等として保険医療機関等を受診した被保険者に係る一部負担金の支払又は納付については、資力の活用が可能となるまでの期間として最長1年）とする。

2 から 4 まで （略）

置は、災害その他特別の理由により、一部負担金の支払が困難であると認められるものについて、その支払が困難であると認められる金額を限度として行う。この場合において、その徴収を猶予する期間は当該診療を受けた日から起算して6月以内とする。

2 から 4 まで （略）

第1号様式から第2号様式までを次のように改める。

四日市市国民健康保険特例対象被保険者等届出書

年 月 日

四日市市長

四日市市

住 所 \_\_\_\_\_

世帯主氏名 \_\_\_\_\_

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号 \_\_\_\_\_

国民健康保険特例対象被保険者等に係る事項について、下記のとおり届出します。

被保険者記号番号																				
特例対象被保険者等の氏名																				
個人番号																				
離 職 日	年 月 日																			
離職理由番号	特定受給資格者	11・12・21・22・31・32																		
※該当する離職理由番号を ○で囲んでください。	特定理由離職者	23・33・34																		
適用期間	年 月 から 年度末まで																			

※雇用保険受給資格者証の内容を記入してください。

※離職時、65歳未満の方が対象となります。

※適用期間終了までに四日市市国保を脱退した場合は、資格喪失日の属する月の前月までとなります。

第1号様式の2（第9条関係）

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

年 月 日

四日市市長

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_

下記のとおり出産育児一時金 \_\_\_\_\_ 円の支給を申請いたします。

記

被保険者番号						世帯主氏名				
産婦の氏名						生年月日				
分娩医療機関						所在地				
分娩年月日						出生児の氏名				
振 込 口 座	金融 機関	銀行・農協 信用金庫 支店								
	口座 種別	1. 普通	口座					名義人		
		2. 当座	番号					(カタカナ)		

第2号様式（第10条関係）

国民健康保険葬祭費支給申請書

年 月 日

四日市市長

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_

下記のとおり葬祭費 円の支給を申請いたします。

記

被保険者番号		世帯主氏名			
死亡者氏名		死亡日			
生年月日		葬祭執行日			
申請人との続柄		死亡原因			
振込口座	金融機関	銀行・農協 信用金庫 支店			
	口座種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	名義人 (カタカナ)	

第2号様式の3から第6号様式までを次のように改める。

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

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					
フリガナ	生年月日		年 月 日 生			性別	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	振込口座	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	振込先口座
口座振込	番号	記入欄	信用金庫		支店		1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他				口座名義人	管理番号
			信用組合		出張所							
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			
	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									
〒510—8601 (宛て先) 三重県四日市市諏訪町1—5 年 月 日												
四日市市長						郵便番号	〒					
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	四日市市					
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。						申請代表者氏名						
※ 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。						電話番号	(個人番号 )					
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のみを丸で囲んで下さい。												

第3号様式（第11条関係）

国民健康保険一部負担金 減免 徴収猶予 申請書						
被保険者 記号番号		被 保 險 者	氏名			
傷病名			生年月日	続柄		
療養担当 者氏名		年度及び 月別	年度 月分			
発病又は 負傷年月	年 月 日	一部負担金	納入済	円		
			滞納額	円		
申 請 区 分			支 払 方 法			
1 徴収猶予	1	割	月間			
2 減額	2			円		
3 免除	3			円		
申請理由	(証明する書類があれば添付すること)					
<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</p> <p>四日市市長</p>						



国民健康保険 一部負担金 減免・徴収猶予証明書

承認番号			被保険者 記号番号	
被保険者	氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日	世帯主と の続柄	
世帯主	住所	四日市市		
	氏名			
傷病名		発病または 負傷年月日	年 月 日	
減免の割合 及び金額	減額	免除	割 円	
徴収猶予の 期間及び金額	自 年 月 日	( 日間)	円	
	至 年 月 日			
療養取扱機関 の所在地、名 称及び保険医 氏名	所在地			
	医療機関名称			
	担当保険医氏名			

上記のとおり証明する。

年 月 日

四日市市長

注 意 事 項	<p>1 この証明書は発行日から7日以内に使用されない時は無効です。</p> <p>2 この証明書は記載した傷病及び指定の療養取扱機関についてのみ有効です。</p> <p>3 この証明書の記載事項の抹消訂正の箇所に保険者印のないものは無効です。</p>
------------------	--

(注意) 診療報酬明細書には、上記の承認番号を必ず、記入してください。

国民健康保険 一部負担金 減免・徴収猶予 不承認通知書

年 月 日

四日市市

様

四日市市長

年 月 日付で申請のあった、国民健康保険一部負担金減免・徴収猶予  
について審査の結果、下記の理由により不承認となりましたので通知します。

記

申請件名

被保険者  
記号番号

被保険者  
氏名

理  
由

備  
考

決定年月日

年 月 日

第6号様式（第12条関係）

第三者の行為による被害届

被害者	被保険者 被記 保号 番号	被保険者名 (被害者名)		年 月 日生		世帯主 の続柄
		個人番号				
加害者	住所			氏名	年 月 日生	職業 電話
加害者の 使用者	住所			氏名	年 月 日生	職業 電話
負傷の日時 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						
疾病又は負 傷の程度				治ゆまで の見込	入院 院 診療費総額	日 日 円
		国保による診療	年 月 日からしている、していない			
診療を受けた療 養取扱機関名		当初			転院後	
自動車 の 自 動 車 加 害 者	自賠償保険契 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 ( ) 無			
損害賠償に 関する交渉 の経過						
<p>国民健康保険法施行規則第32条の2の規定により上記のとおりお届けします。</p> <p>年 月 日 世帯主 住所 氏名</p> <p>四 日 市 市 長</p>						
<p>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下さい。</p> <p>2 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば〇月〇日見舞品をどれだけ受取った医療費、附添い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写を提出して下さい。</p> <p>3 自動車の轢き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いてください。</p> <p>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下さい。</p>						

第11号様式から第13号様式までを次のように改める。

# 国民健康保険料 減免申請書

申請日 年 月 日

受付印

住所 四日市市

世帯主

申請人

電話 ( ) -

(世帯主との関係 )

被保険者記号番号

下記の事由により保険料の減免を申請します。申請事項に変更のあった時は申し出ます。

申請事由と生活状況
-----
-----
-----
-----

## 調査報告書

上記申請書に基づき、調査を行ったので報告します。[調査員記入事項]

調査報告及び意見	該当年度	(過年度時のみ表示)	添付資料
-----	-----	-----	・ 仮減免
-----	-----	-----	・ 賦課収納状況 一覧表 (COM)
-----	-----	-----	・ その他資料
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

**処理伺** 以下のように処理してよろしいか伺います。

- 減 免 施行規則 第20条第1項 第1号・第2号・第3号・第4号・第5号  却下
- 減免割合

処理日

### 火災・災害

## 国民健康保険料 減免申請書

申請日 年 月 日

受付印

住所 \_\_\_\_\_

世帯主 \_\_\_\_\_

申請者 \_\_\_\_\_

電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

( 世帯主との関係 ) \_\_\_\_\_

被保険者記号番号 \_\_\_\_\_

下記の事由により保険料の減免を申請します。

災害等を被った日及び事由

該当年度 年度

	被害の状況	損害の程度	添付資料
損壊	<input type="checkbox"/> 全焼・流出・埋没 <input type="checkbox"/> 倒壊	10分の5以上	・仮減免 _____ ・賦課収納状況 一覧表 (COM) ・その他資料
	<input type="checkbox"/> 半焼・半壊	10分の3以上10分の5未満	
	*一部損壊(損害の程度が10分の3以下)は減免対象外となります。		
浸水	<input type="checkbox"/> 床上            50cm以上	10分の5以上	確認事項 ・給付履歴 有・無
	<input type="checkbox"/> 床上            50cm未満	10分の3以上10分の5未満	
	*床下浸水は減免対象外となります。		

\*添付書類・・・罹災証明書（写しでも可）

### 処理伺

以下のように処理してよろしいか伺います。

1.  減免 施行規則第20条 第1号

却下

2.  減免割合

処理日 \_\_\_\_\_

第13号様式(第21条の2関係)

出産被保険者に係る国民健康保険料減額届出書

四日市市長

四日市市国民健康保険条例第17条の4に規定する出産被保険者について、次のとおり届け出します。

届出年月日	年 月 日		
被保険者記号番号			
世帯主	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所		
	個人番号	.....	.....
	電話番号		
出産する方	<input type="checkbox"/> 以下世帯主に同じ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主に同じ	
	個人番号	.....	.....
出産予定又は出産日	<input type="checkbox"/> 出産予定日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 出産日		
単胎又は多胎の別	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎		

<注意事項>

- この届出書は、出産予定日の6か月前から提出することができます。
- 出産後にこの届出書を提出する場合は、出産予定日の代わりに出産日を記入してください。  
 なお、以前お住いの市町村に産前産後期間の保険料軽減について届け出していた場合は、その際に届けた出産予定日又は出産日を記入してください。
- 届出に当たっては、この届出書に次の書類を添えてください。
  - ①出産予定日を確認できる書類(出産後に届出を行う場合は、出産日を確認できる書類)
  - ②単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認することができる書類

## 附 則

### (施行期日)

- 1 この規則は、令和6年12月2日から施行する。

### (経過措置)

- 2 この規則の施行の際、現に交付されている被保険者証及び資格証明書（以下「被保険者証等」という。）について、当該被保険者証等に記載された有効期限を経過するまでの間、この規則による改正前の四日市市国民健康保険条例施行規則第7条の規定は、なおその効力を有する。
- 3 この規則の施行の際、この規則による改正前の第1号様式から第2号様式まで、第2号様式から第6号様式まで、及び第11号様式から第13号様式までによる用紙で、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。

(健康福祉部保険年金課)