

永平寺町国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則を次のように公布する。

令和6年11月29日

福井県吉田郡永平寺町長 河合 永 充

永平寺町規則第27号

永平寺町国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則

永平寺町国民健康保険条例施行規則(平成18年永平寺町規則第76号)の一部を次のように改正する。

第9条第3号中「第7条の3」を「第7条の3の2」に、「様式第3号」を「様式第4号」に改め、同号を同条第6号とし、同条第2号の次に次の1号を加える。

(5) 法施行規則第6条第1項の規定による届出書 様式第3号

第9条第4号を削り、同条第2号の次に次の2号を加える。

(3) 法施行規則第5条の2の規定による届出書 様式第2号の2

(4) 法施行規則第5条の4の規定による届出書 様式第2号の3

第12条中「第7条の3」を「第7条の3の2」に、「被保険者証」を「資格確認書等」に改める。

第13条中「被保険者証(組合員証を含む。)」を「法第36条第3項の規定する個人番号カードに記録された利用者証明用電子証明書若しくは資格確認書等」に改める。

第14条の見出し中「被保険者証等」を「資格確認書」に改め、同条第1項中「被保険者証及び法施行規則第7条の3の規定に基づく被保険者資格証明書」を「資格確認書」に改め、同条第2項中「被保険者証及び被保険者資格証明書」を「資格確認書」に改め、同条第3項中「被保険者証及び被保険者資格証明書」を「資格確認書」に、「当該被保険者証及び被保険者資格証明書」を「資格確認書」に改め、同条第4項を削る。

第15条の見出し中「被保険者証等」を「資格確認書」に改め、同条中「被保険者証又は被保険者資格証明書」を「資格確認書」に改め、「当該被保険者証又は被保険者資格証明書の」を削る。

第16条の見出し中「食事療養」を削り、同条第1項中「法施行規則第27条の14の3」を「法施行規則第27条の14の5」に改める。

第17条の見出し中「食事療養」を削る。

第24条中「法施行規則第32条の4」を「法施行規則第32条の6」に改める。

様式第1号及び様式第2号を次のように改める。

様式第1号(第9条関係)



様式第2号(第9条関係)

\*下記該当事項を記入の上提出してください

④ 国民健康保険法第116条 該 当 届 非該当			
被 保 険 者 記 号 番 号	井 吉 一 一	該 当 届 年 月 日	年 月 日
被 保 険 者	氏 名		
	住 所		
学 校 等	名 称		
	所 在 地		
	修 学 年 限	年	在 学 年
年 月 日			
住 所 永平寺町 世帯主 氏 名 ④			
永平寺町長 様			

注) 「学校等」の欄は、該当届の場合に記載し在学証明書又は学生証等を添付すること。  
「被保険者」の「住所」の欄は、転出先の住所を記載すること。

様式第2号の次に次の2様式を加える。  
様式第2号の2 (第9条関係)







様式第4号(第9条関係)

国民健康保険 資格確認書交付申請書

永平寺町長様

次のとおり申請します。

申請日	年 月 日		
申請者	氏名		
	住所	永平寺町	
	世帯主からみた関係	<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯員( ) <input type="checkbox"/> その他( )	
世帯主	氏名	個人番号	

(代理人が申請する場合は原則として、委任状が必要)

ここから下の太枠内は、交付を希望する人について記入してください。

住所	<input type="checkbox"/> 同上 永平寺町		
1	(フリガナ)		
	氏名	男・女	(申請理由) ※ 1. カード紛失 2. カード返納予定 3. 介助 4. その他( )
	生年月日	年 月 日	個人番号
2	(フリガナ)		
	氏名	男・女	(申請理由) 1. カード紛失 2. カード返納予定 3. 介助 4. その他( )
	生年月日	年 月 日	個人番号
3	(フリガナ)		
	氏名	男・女	(申請理由) 1. カード紛失 2. カード返納予定 3. 介助 4. その他( )
	生年月日	年 月 日	個人番号
4	(フリガナ)		
	氏名	男・女	(申請理由) 1. カード紛失 2. カード返納予定 3. 介助 4. その他( )
	生年月日	年 月 日	個人番号
5	(フリガナ)		
	氏名	男・女	(申請理由) 1. カード紛失 2. カード返納予定 3. 介助 4. その他( )
	生年月日	年 月 日	個人番号
6	(フリガナ)		
	氏名	男・女	(申請理由) 1. カード紛失 2. カード返納予定 3. 介助 4. その他( )
	生年月日	年 月 日	個人番号
(記載上の注意) 申請理由欄の補足説明	※ 申請理由 1. マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない 2. マイナンバーカードを返納する予定である 3. 介助者等の第三者が高齢者又は障害者である被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である 4. その他 マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができない事情を具体的に記載してください  (注)マイナンバーカードを取得していない方、マイナンバーカードを取得しているが保険証利用登録を行っていない方には、申請によらず資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。		

様式第5号(第16条関係)

様式第5号(第16条関係)

**限 度 額 適 用  
国民健康保険 標準負担額減額 申請書  
限度額適用・標準負担額減額認定**

被保険者記号番号	井吉 — —	申請者 住所 名前 続柄 ( ) 氏 ( )			
世帯主	住所	永平寺町			
	氏名	㊟	生年月日	年 月 日	男・女
個人番号	(12桁)				
減額対象者	氏名	㊟	生年月日	年 月 日	男・女
	世帯主との続柄		適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ	
個人番号	(12桁)				

長期入院	該当・非該当	長期入院該当年月日	令和 年 月 日
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	令和 年 月 日から	日間
		令和 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)	令和 年 月 日から	日間
		令和 年 月 日まで	
		入院をした保険医療機関等	名 称
所在地			

年 月 日

町長が証明する欄	<p>下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に、令和_____年度の町民税が課されないこと、もしくは地方税法上の経過措置対象者であることを証明する。</p> <p style="text-align: center;">_____、 _____、 _____、</p> <p style="text-align: right;">永平寺町長 ㊟</p>
----------	--

備考 「町長が証明する欄」は、保険者が町であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。

様式第6号(第16条関係)





様式第7号(第17条関係)

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者記号番号	井吉 ー ー				
世帯主	住所	永平寺町			
	氏名	ⓐ	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				
減額認定証の交付を受けている者	発行年月日	年 月 日			
	長期該当年月日	年 月 日			

①	食事療養を受けた保険医療機関等	名称			
		所在地			
	入院期間(日数)		年 月 日から	年間	日
			年 月 日まで		
②	食事療養を受けた保険医療機関等	名称			
		所在地			
	入院期間(日数)		年 月 日から	年間	日
			年 月 日まで		
③	食事療養を受けた保険医療機関等	名称			
		所在地			
	入院期間(日数)		年 月 日から	年間	日
			年 月 日まで		
④	食事療養を受けた保険医療機関等	名称			
		所在地			
	入院期間(日数)		年 月 日から	年間	日
			年 月 日まで		
⑤	食事療養を受けた保険医療機関等	名称			
		所在地			
	入院期間(日数)		年 月 日から	年間	日
			年 月 日まで		
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額(標準負担額)					円
減額認定証の交付申請又は提出ができなかった理由					

※ 入院期間の欄は、差額支給の対象である期間を記入すること。

※ この申請書には、入院期間を確認できる書類、現に支払った標準負担額を証明する書類その他の標準負担額の減額に認定に関する事実を証明する書類を添付すること。

上記のとおり関係書類を添えて、国民健康保険標準負担額減額差額の支給を申請します。

年 月 日

差額支給	ア ( - ) × ( 日 ) = ( ) 円	支払場所の指定	振込先金融機関	銀行 本店・支店 信金 支所 農協 出張所
	イ ( - ) × ( 日 ) = ( ) 円		預金種別	普通・当座
	ウ ( - ) × ( 日 ) = ( ) 円		口座番号	
	合計 円		口座名義(世帯主)	フリガナ

様式第8号(第18条関係)

様式第8号(第18条関係)

国民健康保険療養費支給申請・請求書

1	一	般	3	1	割
2	前	期	4	2	割

被 保 険 者 記 号 番 号	井 吉 一 一	療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名 生 年 月 日	年 月 日	世 帯 主 と の 続 柄	
傷 病 名		療 養 期 間	年 月 日 から		
発 病 負 傷 年 月 日	年 月 日		年 月 日 まで		
療 養、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 及 び 所 在 地 診 療 又 は 調 剤 に 従 事 し た 医 師、歯 科 医 師 又 は 薬 剤 師 の 氏 名		別 紙 の と お り 裏 面			
療 養 の 給 付 を 受 け る こ と が で き な か っ た 理 由		発 病 の 原 因		療 養 に 要 し た 費 用	
		傷 病 の 経 過		審 査 額	
		療 養 内 容		支 給 額	
振 込 先	銀 行 信 金 農 協		支 店 支 所 出 張 所		
	普 通・当 座	口 座 番 号			
	口 座 名 義				

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・請求します。

年 月 日

住 所 永平寺町 \_\_\_\_\_  
世帯主  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
(電話 \_\_\_\_\_ )

永平寺町長 様

様式第9号(第19条関係)

様式第9号(第19条関係)

国民健康保険療養費支給申請・請求書(資格証明書用)

1	一 般	3	1	割
2	前 期	4	2	割

療養を受けた 被保険者氏名 生年月日	年 月 日生	世帯主 との続柄	
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	
療養、薬剤の支給又は手当を受けた 病院、診療所、薬局、その他の 者の名称及び所在地 診療又は調剤に従事した医師、歯 科医師又は薬剤師の氏名	別紙 のとおり 裏面	----- -----	
療養の給付 を受けるこ とができな かった理由	保険税滞納のため資 格証明書診療により	発病の 原因	療養に要した費用
		傷病の 経過	審 査 額
		療 養 内 容	支 給 額
振 込 先	銀 行 支 店 信 金 支 所 農 協 出 張 所		
	普通・当座	口座番号	
	口座名義		

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申請・請求します。

年 月 日

住 所 永平寺町 \_\_\_\_\_  
世帯主  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

永平寺町長 様

様式第10号(第20条関係)

様式第10号(第20条関係)

国民健康保険移送費支給申請・請求書

被 保 険 者 記 号 番 号	井吉 ー ー		
移 送 を 受 け た 被 保 険 者 名	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日生	男 ・ 女
傷 病 名		発 病 又 は 傷 病 年 月 日	年 月 日
発 病 又 は 傷 病 の 発 生 原 因			
付 添 い の あ っ た 時 は 付 添 人 名		傷 病 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで
移 送 を 担 当 し た も の	氏 名		住 所
	資 格	看護師・准看護師・看護師助手・その他( )	
移 送	移 送 経 過		添 付 書 類
	方 法	(回数 回)	1 領収書
	移 送 日	年 月 日	2 移送を必要とする意見書

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申請・請求します。

年 月 日

住 所 永平寺町

世帯主

氏 名



永平寺町長 様

振 込 先	銀行 信金 農協		支 店 支 所 出張所
	普通・当座	口 座 番 号	
	口 座 名 義		フリガナ

様式第11号(第20条関係)

様式第11号(第20条関係)

移送を必要とする意見書

被 保 険 者 記 号 番 号	井吉 ー ー			
移 送 を 受 け た 被 保 険 者 名	氏 名			
	生 年 月 日	年	月	日生 男 女 の 別 男 ・ 女

移 送	移 送 経 路		移 送 を 必 要 と 認 め る 理 由 又 は 付 添 い が あ っ た と き 、 必 要 と 認 め た 理 由
	移 送 先	(病院の名称)	
	方 法		
	移 送 日	年 月 日	

上記のとおり移送の必要を認めます。

年 月 日

保 険 医 療 機 関 等 名 称 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

保 險 医 氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

電 話 番 号 ( ) ー

永平寺町長 様

様式第12号(第21条関係)



様式第13号(第22条関係)

国民健康保険特別療養給付支給申請書

被保険者記号番号	井吉 — —				
療養の給付を受けた 被保険者名	住 所				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日生	男女 の別	男女	
傷 病 名		資格を喪失した際受 けていた療養の給付 を始めた年月日	年 月 日		
資格喪失した際療養の給付を受けてい た保険医療機関等の名称及び所在地	名 称				
	所在地				
現に療養の給付を受けている保険医療 機関等の名称及び所在地	名 称				
	所在地				
備考					

上記のとおり、特別療養の支給を申請します。

年 月 日

被保険者 住所 永平寺町 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

永平寺町長 様

様式第15号から様式第16号の2までを次のように改める。  
様式第15号(第24条関係)



様式第15号(第24条関係)

第三者行為による被害届

被 保 険 者	被害者		被保険者 記号番号	井吉 一 一			
			氏名	年 月 日		国保・社保・組合	
	負傷の日時及び 場所		日時	年 月 日		時 分頃	
			場所				
	発病の原因又は 負傷時の状況						
	傷病の程度			治癒まで の見込み	入院 日 通院 日	診療費総額 円	
			保険診療	年 月 日から している。 していない。			
診療を受けた医療機関名		当初			転医後		
人身傷害補償保険(特約)の加入			有・無	保険会社名	担当者名		
相 手 方	住所		氏名	年 月 日		職業 電話	
	保有者の 住所		氏名	電話			
	自 動 車 保 険	自 賠 責	会社(農協)名			電話	
			証明書番号	担当者氏名			
			契約者住所				
			契約者氏名	連絡先			
			所有者住所				
	任 意	会社(農協)名			電話		
		証券番号	担当者氏名				
	損害賠償請求・支払に関する取扱い対応			1 自賠責保険対応	2 任意一括する	3 その他	
示談		済・未・交渉中					
<p>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けます。 年 月 日</p> <p>長様</p> <p style="text-align: center;">世帯主住所 氏名 電話</p>							

注 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。

様式第16号(第25条関係)



様式第 16 号の 2 (第 26 条関係)

国民健康保険葬祭費支給申請書			
金額 _____ 円			
被保険者 記号番号	井吉 一 一	世帯主氏名	
死亡者氏名 (生年月日)	年 月 日	死亡年月日	年 月 日
		葬儀執行 年 月 日	年 月 日
死亡原因	1: 第三者 (交通事故等)      2: その他 (自損事故・疾病等)		
葬儀執行者 氏名		死亡者との 続柄	
振込先	銀行 信用金庫 協同組合		支店 支所 出張所
	口座番号	フリガナ	普通・当座
		口座名義	
この給付金の受領は、振込先名義人に委任します。			
葬儀執行者 氏名 <span style="float: right;">印</span>			
永平寺町国民健康保険条例施行規則第26条の規定により、上記のとおり葬祭費の支給を申請します。			
年 月 日			
葬儀執行者 住所			
氏名 <span style="float: right;">印</span>			
電話 一			
永平寺町長 様			

附 則

この規則は、令和6年12月2日から施行する。