

総社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4年12月21日

総社市長 片岡 聡 一

総社市規則第35号

総社市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則

総社市国民健康保険条例施行規則（平成17年総社市規則第97号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄中下線が引かれた部分（様式の表示を除く。以下「改正部分」という。）を当該改正部分に対応する同表の改正後の欄中下線が引かれた部分に改める。

次の表の改正前の欄中様式の表示に下線が引かれた様式（以下「移動様式」という。）を当該移動様式に対応する同表の改正後の欄中様式の表示に下線が引かれた様式とする。

改正後	改正前
<p>（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手続） 第21条の2 条例第5条の2第2項の規則で定める日は、<u>令和5年3月31日</u>とする。</p> <p><u>様式第1号（第10条関係）</u> （別紙のとおり）</p> <p><u>様式第7号（第18条関係）</u> （別紙のとおり）</p> <p><u>様式第11号（第20条関係）</u> （別紙のとおり）</p> <p><u>様式第12号（第21条関係）</u> （別紙のとおり）</p>	<p>（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手続） 第21条の2 条例第5条の2第2項の規則で定める日は、<u>令和4年12月31日</u>とする。</p> <p><u>様式第1号（第10条関係）</u> 略</p> <p><u>様式第7号（第18条関係）</u> 略</p> <p><u>様式第11号（第20条関係）</u> 略</p> <p><u>様式第12号（第21条関係）</u> 略</p>

改正後	改正前
<u>様式第13号（第21条の3関係）</u> （別紙のとおり）	<u>様式第13号（第21条の3関係）</u> 略

附 則

この規則は、令和5年1月1日から施行する。ただし、第21条の2の改正は、公布の日から施行する。

様式第1号 (第10条関係)

承認	不承認	(不承認の場合、その理由)
----	-----	---------------

国民健康保険療養費支給申請書

区分	1社・国 4退職	1単独 22併 33併	1本入 2本外 3六入 4六外	5家入 6家外	7高入一 8高外一 9高入7 0高外7
----	-------------	-------------------	--------------------------	------------	------------------------------

療養年月	年	月	日
------	---	---	---

公費負担者番号					保険者番号					
受給者番号					被保険者 記号・番号					
療養を受けた 被保険者	氏名					年	月	日生		
	個人番号					男・女		続柄		
傷病名					発病又は負傷 年 月 日	年	月	日		
療養期間 (必ずご記入ください)	年 月 日から		年 月 日まで		療養に要した 費用	療養の給付			円	
	(日間)					食事療養費			円	
診療・薬剤の支給又は手当を 受けた病院・診療所・薬局等	所在地									
	名称及び医師又は 薬剤師氏名									
発病の原因 診療の内容 及び傷病の経過								第三者行為によるものか		
療養の給付を 受けることがで きなかった理由										

種別区分	1			2	3	4	5	7	8	99	88
	1 医	3 歯	4 調	1 海外療養費	補装具	柔道	マッサージ	ハリ・ キュウ	移送	その他	特別療 養費

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙(裏面)証拠書類を添えて申請します。

年 月 日	住所	-----
申請者 (世帯主)	氏名	-----
総社市長 様	個人 番号	
	電話	() —

振込先口座

- 公金受取口座を利用します。(口座情報の記入は不要です。)
- 振込口座を指定します。(口座情報を記入してください。)

銀行	本店	預 金 種 目	1. 普通預金	口座番号	-----
信用金庫	支店		2. 当座預金		
農協			3.	名義人	-----

(決定欄は、保険者において必ずご記入ください。)

決 定	件数	日数	点数	費用額	支給額(保険者分)	被保険者等負担分	薬剤負担	その他負担
			(食事療養費)					

様式第7号 (第18条関係)

(その1)

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月診療分)

被保険者 記号・番号		区 分	1 一般	2 退職者本人	3 退職被扶養者
被保険者の個人番号					
療養を受けた 被保険者の氏名					
生 年 月 日		年 月 日			年 月 日
療養を受けた病院 ・薬局等の名称 及び所在地	名 称				
	所在地				
療養を受けた期間		年 月 日から 年 月 日まで			年 月 日から 年 月 日まで
病院等で支払った金額		円			円
発症又は負傷の理由		1. 第三者行為 2. 業務上の事故 3. その他			1. 第三者行為 2. 業務上の事故 3. その他
自己限度額の特例の有無		1. 有 (市県民税非課税世帯) 2. 無 (市県民税課税世帯)			
多数該当の有無		1. 有 2. 無			
支払方法	1. 口座振込 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。(口座情報の記入は不要です。) <input type="checkbox"/> 振込口座を指定します。(口座情報を記入してください。)				
	金融機関名	支店名	種別・口座番号	フリガナ 名義人(世帯主)	
	銀行 信用金庫 農協	本店 支店	普通・当座 No.		
2. 窓口払					
上記のとおり申請します。					
世帯主 住 所		年 月 日 氏 名			
総社市長 様		個人番号			
		電 話 () —			

保険者記入用	支給決定額	円
--------	-------	---

様式第11号（第20条関係）

出産育児一時金支給申請書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		被 保 険 者 (分 べ ん 者) 氏 名	
分 べ ん 年 月 日	年 月 日	生 産 ま た は 死 産 の 別	1. 生 産 (人) 2. 死 産 (人 ・ 満 週)
申 請 金 額	円	備 考	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>被 保 険 者 の 属 す る 住 所 世 帯 の 世 帯 主 氏 名 電 話 番 号</p> <p>総 社 市 長 様</p>			

振込先口座

公金受取口座を利用します。(口座情報の記入は不要です。)

世帯主の個人番号

振込口座を指定します。(口座情報を記入してください。)

金融機関名	支店名	種別	口座番号	フリガナ 名義人(世帯主)

6ヶ月以上資格取得

様式第12号 (第21条関係)

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者 記号・番号		被 保 険 者 (死亡者) 氏 名		申請人から みた続柄	
死亡年月日	年 月 日	死亡の場所			
死亡の原因		葬祭年月日	年 月 日		
申請金額	円	備 考			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(〒 -)</p> <p>申請人 住 所 (喪主) 氏 名 電話番号</p> <p>総社市長 様</p>					

振込先口座

公金受取口座を利用します。(口座情報の記入は不要です。)

喪主の個人番号

振込口座を指定します。(口座情報を記入してください。)

金融機関名	支店名	種別	口座番号	フリガナ 名義人(喪主)

保険証回収

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																		
	(フリガナ)			生年月日	年 月 日																	
	氏名																					
住所																						
振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。(口座情報の記入は不要です。)																					
	世帯主の個人番号		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																			
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定します。(口座情報を記入してください。)																					
	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他 ()			本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他 () ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入																	
預金別	普通・当座 その他 ()	口座番号																				
口座名義 (カタカナ)																						
※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。																						
上記のとおり申請します。																						
年 月 日																						
総社市長 様 住 所 世帯主氏名 電 話 番 号																						

【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	本申請に基づく給付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	住所	
代理人 (口座名義人)	〒 -		世帯主との関係
	(フリガナ)		
	氏名		

保険者 記入欄	支給決定額
	円

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	帰国者・接触者相談センター への相談日 ※相談した場合に記入	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									
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		年 月 日									
		年 月 日									
		年 月 日									
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状（期間などを具体的に）											
④療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (新型コロナウイルス感染症（発熱等の症状 があり感染が疑われる場合を含む）によら ない休暇や勤務予定がなかった日は除く。)	日								
⑤ 上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払いを受けましたか。 または、今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ										
⑥ 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）期間をご記入ください。	年 月 日から	(給与等の額：円)									
	年 月 日まで	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記入欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">年 月 日</div> <p>上記④～⑥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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p>
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つ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新型コロナウイルス感染症（発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む）により、労務に服することができなかつ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。												左記の事由による 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新型コロナウイルス感染症（発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む）により、労務に服することができなかつた期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【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	
②の期間に対して、賃金を支払いましたか。		1. はい		給与の 種類	<input type="checkbox"/> 月給		<input type="checkbox"/> 時間給		賃金計算		締日		日				
		2. いいえ			<input type="checkbox"/> 日給		<input type="checkbox"/> 歩合給				支払日		1. 当月	日			
				<input type="checkbox"/> 日給月給		<input type="checkbox"/> その他				2. 翌月		日					
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当（賞与）は除く。																	
事業主が証明するところ	期間 区分	単価（円）	月 日 ～ 月 日 分		月 日 ～ 月 日 分		月 日 ～ 月 日 分										
			(A) 支給額（円）		(B) 支給額（円）		(C) 支給額（円）										
	基本給	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	時給	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	手当	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	手当	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	手当	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	現物給与	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	計	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
					賃金支給総額（上記(A)～(C)の合計）		<input type="text"/>		<input type="text"/>				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。											年	月	日				
事業所所在地																	
事業所名称																	
事業主氏名																	
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)

医療機関担当者が意見を記入するところ	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																																		
		年 月 日まで																																		
	うち、入院期間	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			転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																														
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															診療 実日数	日																	
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															診療 実日数	日																	
		年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															診療 実日数	日																	
	上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、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職種について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																																				