

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。

平成27年12月25日

総社市長 片岡 聡 一

総社市規則第38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                    |
|----------------------------------|------------------------|
| <u>様式第1号（第10条関係）</u><br>（別紙のとおり） | <u>様式第1号（第10条関係）</u> 略 |
| <u>様式第7号（第18条関係）</u><br>（別紙のとおり） | <u>様式第7号（第18条関係）</u> 略 |
| <u>様式第8号（第19条関係）</u><br>（別紙のとおり） | <u>様式第8号（第19条関係）</u> 略 |

附 則

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

|    |     |               |
|----|-----|---------------|
| 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

|      |   |   |   |
|------|---|---|---|
| 療養年月 | 年 | 月 | 日 |
|------|---|---|---|

|    |               |                        |                              |              |                                  |
|----|---------------|------------------------|------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 区分 | 1 社・国<br>4 退職 | 1 単独<br>2 2 併<br>3 3 併 | 1 本入<br>2 本外<br>3 六入<br>4 六外 | 5 家入<br>6 家外 | 7 高入一<br>8 高外一<br>9 高入七<br>0 高外七 |
|----|---------------|------------------------|------------------------------|--------------|----------------------------------|

|  |                    |                  |                    |            |     |    |       |            |    |     |           |            |
|--|--------------------|------------------|--------------------|------------|-----|----|-------|------------|----|-----|-----------|------------|
| 公費負担者番号                                |                    | 保険者番号            |                    |            |     |    |       |            |    |     |           |            |
| 受給者番号                                  |                    | 被保険者証の<br>記号番号   |                    |            |     |    |       |            |    |     |           |            |
| 療養を受けた<br>被保険者                         | 氏名                 | 年 月 日生           |                    |            |     |    |       |            |    |     |           |            |
|  | 個人番号               |                  | 続柄<br>男・女          |            |     |    |       |            |    |     |           |            |
| 傷病名                                    |                    | 発病又は負傷<br>年 月 日  | 年 月 日              |            |     |    |       |            |    |     |           |            |
| 療養期間<br>(必ずご記入ください)                    | 年 月 日から            | 療養に要した<br>費用     | 療養の給付              | 円          |     |    |       |            |    |     |           |            |
|  | 年 月 日まで<br>( 日間 )  |                  | 食事療養費              | 円          |     |    |       |            |    |     |           |            |
| 診療・薬剤の支給又は手当を<br>受けた病院・診療所・薬局等         | 所在地                |                  |                    |            |     |    |       |            |    |     |           |            |
|  | 名称及び医師又<br>は薬剤師氏名  |                  |                    |            |     |    |       |            |    |     |           |            |
| 発病の原因<br>診療の内容<br>及び傷病の経過              |                    |                  |                    |            |     |    |       |            |    |     |           |            |
| 療養の給付を<br>受けることがで<br>きなかつた理由           |                    |                  |                    |            |     |    |       |            |    |     |           |            |
| 種別区分                                   | 1                  | 2                | 3                  | 4          | 5   | 7  | 8     | 99         | 88 |     |           |            |
|  | 1<br>医             | 3<br>歯           | 4<br>調             | 1<br>海外療養費 | 補装具 | 柔道 | マッサージ | ハリ・<br>キュウ | 移送 | その他 | 特別療<br>養費 | 保険者<br>間調整 |
| 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<br>氏名<br>(世帯主) |                  | ..... 印            |            |     |    |       |            |    |     |           |            |
|  | 個人<br>番号           |                  | .....              |            |     |    |       |            |    |     |           |            |
| 総 社 市 長 様                              | 電話 ( ) -           |                  |                    |            |     |    |       |            |    |     |           |            |
| この支払金は下記の預金口座へ振り込み願います。                |                    |                  |                    |            |     |    |       |            |    |     |           |            |
| 銀行                                     | 本店                 | 預<br>金<br>種<br>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<br>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) |     |           |          |      |       |

## 国民健康保険高額療養費支給申請書

(      年      月診療分)

|   |                                       |  |             |  |                 |
|---|---------------------------------------|--|-------------|--|-----------------|
| 被保険者証<br>の記号番号  |                                       | 区<br>分                                 | 1<br><br>一般 | 2<br><br>退職者本人                         | 3<br><br>退職被扶養者 |
| 被保険者の個人番号   |                                       |  |             |  |                 |
| 療養を受けた<br>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<br>・薬局等の名称及<br>び所在地  | 名称                                    |  |             |  |                 |
|   | 所在地                                   |  |             |  |                 |
| 療養を受けた期間  |                                       | 年      月      日から<br>年      月      日まで |             | 年      月      日から<br>年      月      日まで |                 |
| 病院等で支払った金額  |                                       | 円                                      |             | 円                                      |                 |
| 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      2. 窓口払                   |  |             |  |                 |
| 口座振込希望  |                                       |  | 本店          | 普通・当座                                  | 名義人 世帯主         |
| 金融機関名   | 銀行 信用金庫 農協                            | 支店                                     | No.         |  |                 |
| <p>上記のとおり申請します。      個人番号</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住 所</p> <p style="text-align: center;">年      月      日      氏 名      ⑩</p> <p style="text-align: center;">総 社 市 長 様      電 話 (      -      )</p> |                                       |  |             |  |                 |

| 区分 | 日数 | 費用額 | 一部負担金 | 自己負担額 | 支給決定額 |
|----|----|-----|-------|-------|-------|
|    |    |     |       |       |       |
|    |    |     |       |       |       |

\*世帯合計 (      ) (      ) (      )

|    |  |
|----|--|
| 備考 |  |
|----|--|

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

|      |  |
|------|--|
| 診療年月 |  |
|------|--|

|  |     |                   |       |    |
|--|-----|-------------------|-------|----|
| (1) 被保険者の記号・番号                                       |     |                   |       |    |
| (2) 被保険者の個人番号  |     |                   |       |    |
| (3) 療養を受けた被保険者の氏名                                    |     |                   |       |    |
| (4) 療養を受けた被保険者の生年月日                                  |     |                   |       |    |
| (5) 一般・退職の区分   |     |                   |       |    |
| (6) 世帯主(組合員)との続柄                                     |     |                   |       |    |
| (7) 療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称及び所在地                         | 名称  |                   |       |    |
|  | 所在地 |                   |       |    |
| (8) 診療科目、入院・外来の別                                     |     |                   |       |    |
| (9) (7)の病院等で療養を受けた期間                                 |     |                   |       |    |
| (10) (9)の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額                        |     |                   |       |    |
| (11) 課税区分(世帯全体)                                      |     | (12) 課税区分(70歳以上)  |       |    |
| (13) 世帯自己負担限度額                                       |     | (14) 70歳以上自己負担限度額 | 入院    | 外来 |
| (15) 今回申請の診療年月<br>以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けたときはその直近の診療年月 |     |                   | 世帯支給額 |    |
|  |     |                   |       | 円  |

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。  
なお、再審査等により医療費に変更が生じた場合は支給額を調整することを承認します。

年 月 日

総社市長 様

個人番号  
住 所  
電話番号  
世帯主名 印

※世帯主と振込先口座名義人が異なる場合は、下記「受領委任記入欄」に記入してください。

|         |                                |            |       |
|---------|--------------------------------|------------|-------|
| 受領委任記入欄 | 上記、高額療養費受領に関する権限を、下記代理人に委任します。 |            | 年 月 日 |
|         |                                | 住 所 .....  |       |
|         |                                | 世帯主名 ..... | 印     |
| 代理人     | 住 所 .....                      |            |       |
|         | 氏 名 .....                      |            | 印     |

|               |           |       |      |  |  |
|---------------|-----------|-------|------|--|--|
| << 提出・問合せ先 >> |           | 支払方法  |      |  |  |
|               |           | 口座払い  |      |  |  |
| 振込先           | 金融機関      | 名 称   |      |  |  |
|               |           | 支店・支所 |      |  |  |
|               | 口座種目      |       | 口座番号 |  |  |
|               | 口座名義人(カナ) |       |      |  |  |

振込先金融機関は、原則世帯主様の口座でお願いします。

## 第三者行為による傷病届

総社市長様

年 月 日

世帯主 住所

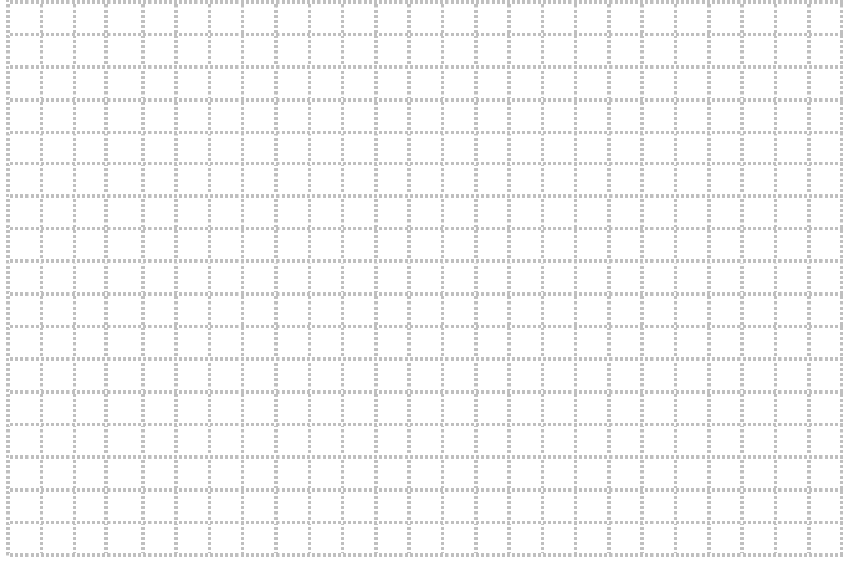

氏名

(印)

国民健康保険法施行規則第32条の6の規定によりお届けします。

|            |   |            |   |
|------------|---|------------|---|
| 傷病者の個人番号   |   | 被保険者証の記号番号 |   |
| 傷病者        | 氏名<br>( 年 月 日生)   | 世帯主との続柄    | 住所<br>TEL ( ) -                         |
|            | 相手方(運転者)氏名  | 職業         | 住所<br>TEL ( ) -                         |
| 第三者        | 雇用主(車の保有者)名称及び氏名  |            | 所在地又は住所<br>TEL ( ) -                    |
|            | 負傷した日時<br>年 月 日 午前 時 分頃<br>午後   |            | 負傷した場所                                  |
| 負傷の状況      | 負傷の原因 <input type="checkbox"/> 交通事故<br><input type="checkbox"/> その他( )  |            | 負傷の程度(傷病名)                              |
|            | 診療を受けた医療機関名   |            | 診療の期間<br>年 月 日 ~ 年 月 日<br>年 月 日 ~ 年 月 日 |
| 治療の状況      | 治療にあたっては、国民健康保険を 年 月 日から使用している。   |            |   |
| 第三者の自動車保険等 | 自賠責保険(共済)契約会社名  |            | 証明書番号<br>第 号                            |
|            | 契約者氏名   |            | 契約者住所<br>TEL ( ) -                      |
|            | 任意保険(対人)の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>会社名 担当者名 TEL ( ) -                           |            |   |
|            | 交通事故以外で負傷した場合の賠償責任保険の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>保険の名称 証券番号<br>会社名 担当者名 TEL ( ) - |            |   |
| 示談状況       | <input type="checkbox"/> 示談成立( 年 月 日) ※示談書の写しを添付してください <input type="checkbox"/> 成立していない                           |            |   |

※ 交通事故の場合は交通事故証明書を添付してください。

|  |  |  |
|--|--|--|
| 事故発生状況   | 現場見取図 (道路幅をmで記入してください)   | 天候 <input type="checkbox"/> 晴れ <input type="checkbox"/> くもり<br><input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪 <input type="checkbox"/> 霧  |
|  |  | 交通状況<br><input type="checkbox"/> 混雑 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 閑散  |
|  |  | 道路状況、信号、標識等<br>① 道路 <input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 坂<br><input type="checkbox"/> 凍結路<br>② 歩道 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない<br>③ 見通し <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い<br>④ 信号 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない<br>⑤ 一時停止標識又は標示 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない<br>⑥ その他標識等 (                      ) |
|  |  | 速度<br>① 自車両 約        km/h<br>(制限速度       km/h)<br>② 相手車両 約       km/h<br>(制限速度       km/h)   |
| <br>自車両 相手車両 信号 一時停止 進行方向 人間 自転車 |  |  |
|  | 状況説明   |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

## 念 書

上記、第三者行為による傷病届で届け出た保険事故について、国民健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を、国民健康保険法第64条第1項の規定によって、保険者が給付の価額の限度において取得、行使し、かつ賠償金を受領することに異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、この保険事故の保険給付にかかる損害賠償金の請求及び損害調査のため、次の1から5までの事項を行うにあたり、保険者又は岡山県国民健康保険団体連合会が、届け出た書類及び診療報酬明細書の写しを、必要とする範囲で利用又は提供することに同意します。

- 1 加害者又は保険会社(自賠責保険(共済)会社、任意保険(共済)会社等)への損害賠償金の請求
- 2 診療を受けた医療機関等へ診療状況等を照会し、回答を受けること
- 3 自賠責保険(共済)会社へ損害賠償金の支払状況等を照会し、回答を受けること
- 4 加害者又は任意保険(共済)会社との損害賠償金額算定のための交渉及び算定根拠資料の授受
- 5 検察庁等から実況見分調書等の事故状況資料を入手し、加害者等との交渉に利用又は提供すること  
また、あわせて次の6から8までの事項を遵守することを誓約します。
- 6 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること
- 7 加害者に白紙委任状を渡さないこと
- 8 加害者から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額(評価額)をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること

年 月 日

傷病者 住所

氏名

Ⓔ

総社市長様

※ 傷病者が念書を記載できない場合は、世帯主、親権者、後見人の方などがご記入ください。