

安城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8年2月24日

安城市長 三星元人

安城市規則第5号

安城市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則

安城市国民健康保険条例施行規則（昭和42年安城市規則第8号）の一部を次のように改正する。

第9条第1項中「国民健康保険特別療養費支給申請書（様式第10）」を「国民健康保険療養費支給申請書」に改める。

第10条第1項中「国民健康保険移送費支給申請書（様式第11）」を「国民健康保険療養費支給申請書」に改める。

様式第9を次のように改める。

## 国民健康保険療養費支給申請書

支給額 円

上記のとおり療養に要した費用を申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

申請者(世帯主)住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

愛知県安城市長

被保険者 記号・番号				世帯主名			
診療を 受けた人	(フリガナ) 氏名		個人番号		申請者との 続柄		
	住所						
	診療期間	自 至					
	発病負傷日					診療 日数	日
	傷病名						
	受診した 医療機関等	名称	( )			診療科	
		所在地					
	受診状態	入院・外来	受給証	高齢者3割・高齢者2割・未就学児			
	費用額	円	併用公費又は福祉の名称				
	審査 認定額	円	交通事故等の第三者行為		有 ・ 無		
療養費の 種別							
療養の給付を 受けることが できなかった 理由							
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)。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。						
	振込先	コード	名称	(フリガナ)			
	金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	口座名義人			
	支店			口座番号			
	口座種別	普通・当座・その他( )					
点数			総医療費				
負担率			一部負担額				
				支給額			

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

### 委任状

年 月 日

国民健康保険給付費等に関する受領を下記の代理人に委任します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

(世帯主) \_\_\_\_\_

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

様式第 1 0 及び様式第 1 1 を次のように改める。

様式第 1 0 及び様式第 1 1 削除

様式第 1 3 及び様式第 1 4 を次のように改める。



様式第14（第14条関係）

年 月 日

様

愛知県安城市長

印

高額療養費支給決定通知書

先に申請のあった国民健康保険高額療養費の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

金額	
支給決定日	
振込期日	
金融機関	
内訳	

あなたがこの処分に不服があるときは、この処分を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、愛知県の国民健康保険審査会に対して審査請求することができます。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、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や処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは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、安城市を被告（代表者は安城市長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過する訴えを提起できません。

様式第18を次のように改める。

国民健康保険 高額療養費 (外來年間合算) 支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

支給申請書整理番号										
申請対象年度	年度	計算期間の始期及び終期	年	月	日から	年	月	日まで	枚中	枚目
フリガナ	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(世帯主)氏名	1	年	月	日から	年	月	日まで			
生年月日	2	年	月	日から	年	月	日まで			
被保険者記号・番号	3	年	月	日から	年	月	日まで			
計算の対象となる加入期間	年		月	日から	年	月	日まで			
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)。 ※ご自身で公金受取口座をマイナンバー上にて登録している方に限ります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。									
	振込口座記入欄	銀行	金融機関コード	本店	支店	出張所	店コード	種目	口座番号	フリガナ
		信用金庫						1. 普通預金		
		信用組合						2. 当座預金		口座名義人
		協同組合						9. その他		
フリガナ	保険者名									
世帯員氏名	1	年	月	日から	年	月	日まで	添付の自己負担額証明書整理番号		
被保険者記号・番号	2	年	月	日から	年	月	日まで			
生年月日	3	年	月	日から	年	月	日まで			
計算の対象となる加入期間	年		月	日から	年	月	日まで			
フリガナ	保険者名									
世帯員氏名	1	年	月	日から	年	月	日まで	添付の自己負担額証明書整理番号		
被保険者記号・番号	2	年	月	日から	年	月	日まで			
生年月日	3	年	月	日から	年	月	日まで			
計算の対象となる加入期間	年		月	日から	年	月	日まで			

備考

愛知県安城市長

申請年月日

年 月 日

郵便番号

住所

申請者氏名

電話番号

- ① 外來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。  
 ※ 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。  
 外來年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。  
 世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状

国民健康保険給付費等に関する受領を右記の代理人に委任します。

世帯主氏名 \_\_\_\_\_  
 (申請者) \_\_\_\_\_  
 代理人住所 \_\_\_\_\_  
 代理人氏名 \_\_\_\_\_  
 個人番号 \_\_\_\_\_

様式第 2 1 から様式第 2 4 までを次のように改める。

## 国民健康保険出産育児一時金支給申請書

支給額 円

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

世帯主住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

愛知県安城市長

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。			
振込先	金融機関		(フリガナ) 口座名義人	
	口座種別	口座番号	.....	.....
被保険者 記号・番号		世帯主氏名		
出産した被 保険者氏名		個人番号	世帯主 との続柄	
出産の 年月日		支払種別 (出生前の請求は、 貸付となります。)		
出産の 週(日)数	週 (      日 )			

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状 年 月 日

国民健康保険出産育児一時金の受領を下記の代理人に委任します。

世帯主氏名 \_\_\_\_\_

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

様式第22（第20条関係）

年 月 日

様

愛知県安城市長

㊟

出産育児一時金支給決定通知書

先に申請のあった国民健康保険出産育児一時金の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

金 額	
支給決定日	
振込期日	
金融機関	
内 訳	

あなたがこの処分に不服があるときは、この処分を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、愛知県の国民健康保険審査会に対して審査請求することができます。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、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や処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは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、安城市を被告（代表者は安城市長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過する訴えを提起できません。

## 国民健康保険葬祭費支給申請書

支給額 円

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

葬祭を行う者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

愛知県安城市長

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。		
振込先	金融機関		(フリガナ) 口座名義人
	口座種別	口座番号	. . . . .
被保険者 記号・番号			
死亡した被 保険者氏名		申請者 との続柄	
死亡 年 月 日	(喪失日)		
葬祭執行 年 月 日		交通事故等の 第三者行為	有 ・ 無
<p>葬祭を行う者以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。</p> <p style="text-align: center;">委任状 <span style="float: right;">年 月 日</span></p> <p style="text-align: center;">国民健康保険葬祭費の受領を下記の代理人に委任します。</p> <p>氏名 _____</p> <p>(葬祭を行う者)</p> <p>代理人住所 _____</p> <p>代理人氏名 _____ 個人番号 _____</p>			

様式第24（第21条関係）

年 月 日

様

愛知県安城市長

㊟

葬祭費支給決定通知書

先に申請のあった国民健康保険葬祭費の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

金額	
支給決定日	
振込期日	
金融機関	
内 訳	

あなたがこの処分に不服があるときは、この処分を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、愛知県の国民健康保険審査会に対して審査請求することができます。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、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や処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは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、安城市を被告（代表者は安城市長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過する訴えを提起できません。

## 附 則

### (施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

### (経過措置)

- 2 この規則の施行の際、現に改正前の様式第9、様式第13、様式第18、様式第21及び様式第23の規定に基づいて作成されている用紙は、改正後の様式第9、様式第13、様式第18、様式第21及び様式第23の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。