

国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額支給申請書

適合基準日：令和8年4月1日

被保険者記号・番号					
減額対象者	氏 名			個人番号	
	世帯主との続柄			生年月日	年 月 日
既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入してください。		交 付 年 月 日	年 月 日		
		適 用 年 月 日	年 月 日		
		長期該当年月日	年 月 日		

入院をした保険医療機関等	名 称					
	所 在 地					
入 院 日 数	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間					
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		
標準負担額減額認定証の交付申請又は保険医療機関等において認定を受けていることの確認を受けなかった理由						
イ．長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日前の入院であったため ロ．その他						
受 取 口 座	☐ 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）。 ☐ 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	普通・当座・その他（ ）	口座番号			

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

年 月 日

住 所 _____

世帯主名 (申請者) _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

〇〇市長
〇〇 〇〇 殿

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。

世帯主氏名 (申請者) _____

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 個人番号 _____

処 理 欄	差	イ (-) 円 × () 食 = () 円	受 付 番 号 (第 号) 交 付 番 号 (第 号) 合 計 () 円 支 給 等 年 月 日 年 月 日
	額	ロ (-) 円 × () 食 = () 円	
	支	ハ (-) 円 × () 食 = () 円	
	給	二 (-) 円 × () 食 = () 円	
		ホ 却下 (理由)	

表紙	資格管理	帳票名称 用紙サイズ	18 国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額支給申請書
			A4

通番	システム印字項目	印字編集条件など	必須	オプション	不可	帳票レイアウト表示	要件作成における 経緯・留意事項等
1	被保険者記号・番号	被保険者記号は空欄で出力することも可能なこと	●			●	市区町村によっては、被保険者記号を設定しない場合もあることから、空欄で出力することも可能とする。
2	減額対象者氏名		●			●	
3	減額対象者世帯主との続柄	①世帯主の場合 “本人” ②上記以外の場合 続柄名称漢字（例 妻、子）	●			●	
4	減額対象者生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記	●			●	
5	首長名	首長名		●		●	首長名は入れない方が汎用性が高いとのことのご意見を受け、首長名は標準オプションとする。
6	役職名	役職名	●			●	
7	連番	(5) 採用番号	●			●	

国民健康保険の加入状況について（照会）

宛先

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

省令第5条第18号関係
適合基準日：令和8年4月1日

年 月 日

国民健康保険法第113条の2に基づき、下記記載者の基準日時点の国民健康保険加入状況について照会いたします。
ご多忙中恐縮ですが、調査のうえ至急ご回答をお願いいたします。

基準日

年 月 日

前住所

現住所

(フリガナ)
氏 名

生年月日

年 月 日

性別

回答、お問い合わせ先

000-0000

〇〇市〇〇町1丁目2番3号

〇〇市役所
国保課

電話 000-000-0000

国民健康保険の加入状況について（回答）

年 月 日

000-0000

〇〇市〇〇町1丁目2番3号

〇〇市役所
(国保課 行)

(市区町村名)

前住所			
現住所			
(フリガナ) 氏 名			
生年月日	年 月 日	性別	

当庁における現況	
被保険者番号	
住民コード	

対象者の基準日時点の国保加入状況をご回答ください。

被保険者番号	世帯主であるか（該当するものに○）	16歳未満の被保険者数	16歳以上19歳未満の被保険者数
	世帯主・擬制世帯主・世帯員・資格なし	人	人

対象者が世帯主又は擬制世帯主である場合、上記の被保険者番号世帯の19歳未満の被保険者をご記入ください。

氏名	生年月日	性別	38万円を超える合計所得有無（該当するものに○）
	年 月 日	男・女	有・無・未申告・被扶養・不明
	年 月 日	男・女	有・無・未申告・被扶養・不明
	年 月 日	男・女	有・無・未申告・被扶養・不明
	年 月 日	男・女	有・無・未申告・被扶養・不明
	年 月 日	男・女	有・無・未申告・被扶養・不明

*被保険者数について、該当者なしの場合は「0」と明記ください。
基準日後の転入者である場合 → 前住所 （ ）

表紙	資格管理	県票名称 用紙サイズ	19 資格照会資料 A4

通番	システム印字項目	印字編集条件など	必須	オプション	不可	帳票レイアウト表示	要件作成における 経緯・留意事項等
1	相手郵便番号		●			●	
2	相手住所	都道府県名漢字＋市町村名漢字＋住所＋地番＋方書	●			●	
3	相手市町村名称		●			●	
4	当方郵便番号		●			●	
5	当方住所	都道府県名漢字＋市町村名漢字＋住所＋地番＋方書	●			●	
6	当方郵便番号		●			●	
7	当方住所	都道府県名漢字＋市町村名漢字＋住所＋地番＋方書	●			●	
8	発行日	和暦表記	●			●	
9	証明者役職名		●			●	
10	公印	※初期設定により、出力有無を設定できること 例）事前（プレ）印刷がある場合、出力しない。	●			●	
11	証明者名		●			●	
12	当方電話番号		●			●	
13	郵便所	都道府県名漢字＋市町村名漢字＋住所＋地番＋方書	●			●	
14	現住所	都道府県名漢字＋市町村名漢字＋住所＋地番＋方書	●			●	
15	氏名カナ		●			●	
16	氏名		●			●	
17	生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記	●			●	
18	事業日	和暦表記	●			●	
19	性別	打ち出し形式（例）男 or 女	●			●	
20	被保険者番号		●			●	
21	住民コード		●			●	
22	連番	（引抜用番号）	●			●	
23	カスタマーバーコード			●		●	

国民健康保険負担区分等証明書							
	氏 名						
	該 当 す る 負 担 区 分	一 定 以 上 負 担 区 分				減 額 区 分	
		基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満	非課税	基準額以下
	氏 名						
	該 当 す る 負 担 区 分	一 定 以 上 負 担 区 分				減 額 区 分	
		基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満	非課税	基準額以下
	氏 名						
	該 当 す る 負 担 区 分	一 定 以 上 負 担 区 分				減 額 区 分	
		基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満	非課税	基準額以下
	氏 名						
	該 当 す る 負 担 区 分	一 定 以 上 負 担 区 分				減 額 区 分	
		基準額Ⅲ	基準額Ⅱ	基準額Ⅰ	基準額未満	非課税	基準額以下
上記のとおり負担区分等の判定を行ったことを証明する。 年 月 日 〇〇市長 〇〇 〇〇 印							

表紙	資格管理	帳票名称	20 国民健康保険負担区分等証明書
		用紙サイズ	A4

通番	システム印字項目	印字編集条件など	必須	オプション	不可	帳票レイアウト表示	要件作成における 経緯・留意事項等
1	氏名		●			●	国民健康保険負担区分等証明書の発行については、厚労省としてその取扱いを示したものはなく、各市 区町村の実務運営に応じて実施いただいている。 このため、事務処理自体を統一する必要はない。 また、情報連携による確認は市区町村の要請に応じ て実施状況が様々であることから、国民健康保険 負担区分等証明書の発行機能は標準オプションとす る。 また、首長名は入れない方が汎用性が高いとのご意 見を受け、首長名は標準オプションとする。
2	生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記	●			●	
3	該当する負担区分	該当する負担区分に○を表示する。	●			●	
4	発行年月日	和暦表記	●			●	
5	首長名	首長名		●		●	
6	役職名	役職名	●			●	
7	公印		●			●	
8	連番	(引抜用番号)	●				

窓空宛名

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

特定疾病認定申請却下通知書

年 月 日付けで申請がありました特定疾病の認定については下記の理由により却下しましたので通知します。

対象者

却下の理由

この通知書に記載された事項について不服のある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に〇〇県の国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。この決定の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に市を被告として（市長が被告の代表者となります。）提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、

①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

②処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき

③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき

は裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。

〈お問い合わせ先〉

〒000-0000

〇〇市〇〇町1丁目2番3号 国保課

電話 000-000-0000

表紙	資格管理	帳票名称 用紙サイズ	21 特定疾病認定申請却下通知書 A4

通番	システム印字項目	印字編集条件など	必須	オプション	不可	帳票レイアウト表示	要件作成における 経緯・留意事項等
1	窓空宛名郵便番号		●			●	
2	窓空宛名住所		●			●	
3	窓空宛名氏名		●			●	
4	発行年月日	和暦表記	●			●	
5	首長名	首長名		●		●	首長名は入れない方が汎用性が高いとのこと意見を受 け、首長名は標準オプションとする。
6	役職名	役職名	●			●	
7	公印		●			●	
8	申請年月日	和暦表記	●			●	
9	対象者氏名		●			●	
10	却下の理由		●			●	
11	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
12	問い合わせ先 住所		●			●	
13	問い合わせ先 課名		●			●	
14	問い合わせ先 電話番号		●			●	
15	連番	(引抜用番号)	●			●	
16	カスタマバーコード		●			●	
17	通知文		●			●	

窓空宛名

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

限度額適用認定申請却下通知書

年 月 日 付けで申請がありました
限度額適用認定
の認定については下記の理由により却下しましたので通知します。

対象者
却下の理由

この通知書に記載された事項について不服のある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に〇〇県の国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。この決定の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に市を被告として（市長が被告の代表者となります。）提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、

- ①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
②処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき
③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき
- は裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。

〈お問い合わせ先〉

〒000-0000
〇〇市〇〇町1丁目2番3号 国保課
電話 000-000-0000

表紙	資格管理	帳票名称 用紙サイズ	22 限度額適用認定申請却下通知書 A4

通番	システム印字項目	印字編集条件など	必須	オプション	不可	帳票レイアウト表示	要件作成における 経緯・留意事項等
1	窓空宛名郵便番号		●			●	
2	窓空宛名住所		●			●	
3	窓空宛名氏名		●			●	
4	発行年月日	和暦表記	●			●	
5	首長名	首長名		●		●	首長名は入れない方が汎用性が高いとのこと意見を受 け、首長名は標準オプションとする。
6	役職名	役職名	●			●	
7	公印		●			●	
8	申請年月日	和暦表記	●			●	
9	対象者氏名		●			●	
10	却下の理由		●			●	
11	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
12	問い合わせ先 住所		●			●	
13	問い合わせ先 課名		●			●	
14	問い合わせ先 電話番号		●			●	
15	連番	(引抜用番号)	●			●	
16	カスタマバーコード		●			●	
17	通知文		●			●	

窓空宛名

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

基準収入額適用申請勧奨通知

被保険者の皆様には、所得等の状況に応じて、医療機関で受診される際に医療費の2割、3割の負担をお願いしております。

今回、あなた、又は同一世帯の被保険者の 年度の住民税課税所得額が基準額（145万円）以上のため8月からの負担割合が3割と判定されました。

ただし、基準収入額が以下の収入金額に満たないとき申請により2割に変更されます。

- ①同一世帯に70歳から74歳までの国民健康保険被保険者が2人（ただし、特定同一世帯所属者に限り、75歳以上の方も同一世帯に含むことができます。）以上いる場合・・・520万円
- ②同一世帯に70歳から74歳までの国民健康保険被保険者が1人の場合・・・383万円

該当される場合には、同封の「基準収入額適用申請書」に必要事項をご記入の上、
年 月 日まで（郵送の場合は必着）
に下記窓口へ申請してください。

なお、上記期限以降も申請書は随時受付け致しますが、その場合は一旦3割の保険証がお手元に届く場合がありますので、申請書が送付され次第、なるべくお早めの提出をお願いします。

〈お問い合わせ先〉

〒000-0000
〇〇市〇〇町1丁目2番3号 国保課
電話 000-000-0000

表紙	資格管理	帳票名称 用紙サイズ
		23 基礎収入額適用申請勧奨通知 A4

通番	システム印字項目	印字編集条件など	必須	オプション	不可	帳票レイアウト表示	要件作成における 経緯・留意事項等
1	窓空宛名郵便番号		●			●	
2	窓空宛名住所		●			●	
3	窓空宛名氏名		●			●	
4	発行年月日	和暦表記	●			●	
5	首長名	首長名		●		●	首長名は入れない方が汎用性が高いとのこと意見を受 け、首長名は標準オプションとする。
6	役職名	役職名	●			●	
7	公印		●			●	
8	対象年度	和暦表記	●			●	
9	申請期限年月日	和暦表記	●			●	
10	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
11	問い合わせ先 住所		●			●	
12	問い合わせ先 課名		●			●	
13	問い合わせ先 電話番号		●			●	
14	連番	(引抜用番号)	●				
15	カスタマバーコード		●			●	
16	通知文		●			●	

窓空宛名

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

基準収入額適用申請却下通知書

年 月 日付けをもって、中央市国民健康保険事業施行規則第1条の1第1項の規定に基づき申請された基準収入額の適用について、下記の理由により却下しましたので通知します。

申請却下の理由

この通知書に記載された事項について不服のある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に〇〇県の国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。この決定の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に市を被告として（市長が被告の代表者となります。）提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、

- ①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
②処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき
③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき
- は裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。

〈お問い合わせ先〉

〒000-0000
〇〇市〇〇町1丁目2番3号 国保課
電話 000-000-0000

表紙	資格管理	帳票名称	24 基礎収入額適用申請却下通知書
		用紙サイズ	A4

通番	システム印字項目	印字編集条件など	必須	オプション	不可	帳票レイアウト表示	要件作成における 経緯・留意事項等
1	窓空宛名郵便番号		●			●	
2	窓空宛名住所		●			●	
3	窓空宛名氏名		●			●	
4	発行年月日	和暦表記	●			●	
5	首長名	首長名		●		●	首長名は入れない方が汎用性が高いとのご意見を受 け、首長名は標準オプションとする。
6	役職名	役職名	●			●	
7	公印		●			●	
8	却下決定日	和暦表記	●			●	
9	申請却下の理由		●			●	
10	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
11	問い合わせ先 住所		●			●	
12	問い合わせ先 課名		●			●	
13	問い合わせ先 電話番号		●			●	
14	連番		●			●	
15	カスタマバーコード	(引抜用番号)	●			●	
16	通知文		●			●	

一部負担金減免等証明書

被保険者番号			
療養の給付を受ける者の 氏名		生 年 月 日	年 月 日
世 帯 主	住所		
	氏名		
傷 病 名			発病又は負傷年月日
			年 月 日
医療機関名称		入 院 外 来	入院
証明区分 減 額	年 月 日 から 年 月 日 まで 割合 割 期間 か月		

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

〇〇市長
〇〇 〇〇



〈お問い合わせ先〉
〒000-0000
〇〇市〇〇町 1 丁目 2 番 3 号 国保課
電話 000-000-0000

表紙	資格管理	帳票名称 用紙サイズ	25 一部負担金減免等証明書 A4

通番	システム印字項目	印字編集条件など	必須	オプション	不可	帳票レイアウト表示	要件作成における 経緯・留意事項等
1	被保険者番号		●			●	
2	療養の給付を受ける者の氏名		●			●	
3	生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記	●			●	
4	世帯主住所		●			●	
5	世帯主氏名		●			●	
6	療養名		●			●	
7	発病又は負傷年月日	和暦表記	●			●	
8	証明区分	減額の場合は“減額”、免除の場合は“免除”、徴収猶予の場合は“徴収猶予”、一部負担金等免除の場合は“一部負担金等免除”を表示する。	●			●	
9	減免期間開始年月日	和暦表記	●			●	
10	減免期間終了年月日	和暦表記	●			●	
11	減額割合		●			●	
12	減額期間月数		●			●	
13	発行年月日	和暦表記	●			●	
14	官職名	役職名＋官長名	●			●	
15	公印		●			●	
16	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
17	問い合わせ先 住所		●			●	
18	問い合わせ先 課名		●			●	
19	問い合わせ先 電話番号		●			●	
20	被保険者記号			●			
21	技番			●			
22	連番	(引抜用番号)	●			●	
23	通知文		●			●	
24	医療機関名称		●			●	一部負担金減免については、申請前の事前相談の範囲外の内容による治療は認められない（再度相談が必要）ことから、医療機関名称・入院外来区分を記載必須とする。
25	入院外来区分	入院の場合は“入院”、外来の場合は“外来”を表示する。	●			●	

窓空宛名

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

一部負担金減免等申請却下通知書

年 月 日付けで申請のあった事項について審査した結果、次の通り申請却下としたので通知します。

被保険者番号			
療養の給付を受ける者の氏名		生 年 月 日	年 月 日
世帯主	住所		
	氏名		
申請却下の理由			

この通知書に記載された事項について不服のある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に中央県国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。この決定の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に市を被告として（市長が被告の代表者となります。）提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、

- ①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
②処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき
③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき

は裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。

〈お問い合わせ先〉

〒000-0000
〇〇市〇〇町1丁目2番3号 国保課
電話 000-000-0000