

表紙	資格管理	帳票名称 用紙サイズ
		26 一部負担金減免等申請却下通知書
		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	役職名+首長名	●			●	
6	公印		●			●	
7	申請年月日	和暦表記	●			●	
8	被保険者番号		●			●	
9	療養の給付を受ける者の氏名		●			●	
10	生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記	●			●	
11	世帯主住所		●			●	
12	世帯主氏名		●			●	
13	申請却下の理由		●			●	
14	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
15	問い合わせ先 住所		●			●	
16	問い合わせ先 課名		●			●	
17	問い合わせ先 電話番号		●			●	
18	被保険者記号			●			
19	枝番			●			
20	連番						
21	カスタマバーコード	(引抜用番号)	●			●	
22	通知文		●			●	

窓空宛名

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

一部負担金減免等承認決定通知書

年 月 日 付で申請のあった事項について審査した結果、次の通り承認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		
傷 病 名			発病又は負傷年月日
			年 月 日
証明区分 減 額	年 月 日 から 年 月 日 まで 割合 割 期間 か月		

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

表紙	資格管理	帳票名称 用紙サイズ	27 一部負担金減免等承認決定通知書 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	役職名+首長名	●			●	
6	公印		●			●	
7	申請年月日	和暦表記	●			●	
8	被保険者番号		●			●	
9	療養の給付を受ける者の氏名		●			●	
10	生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記	●			●	
11	世帯主住所		●			●	
12	世帯主氏名		●			●	
13	傷病名		●			●	
14	発病又は負傷年月日	和暦表記	●			●	
15	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。	●			●	
16	減免期間開始年月日	和暦表記	●			●	
17	減免期間終了年月日	和暦表記	●			●	
18	減額割合		●			●	
19	減額期間月数		●			●	
20	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
21	問い合わせ先 住所		●			●	
22	問い合わせ先 課名		●			●	
23	問い合わせ先 電話番号		●			●	
24	被保険者記号			● ●			
25	枝番	(引抜用番号)	●				
26	連番		●				
27	カスタマバースコード		●			●	
28	通知文		●			●	

窓空宛名

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

一部負担金減免等取消通知書

年 月 日付けで承認決定した一部負担金減免等について、次の通り取り消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		
取消年月日	年 月 日		
証明区分 減 額	年 月 日 から 年 月 日 まで 割合 割 期間 か月		
取消理由			

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

窓空宛名

年 月 日

〇〇市長
〇〇 〇〇



一部負担金減免等取消通知書（医療機関用）

年 月 日付けで承認決定した一部負担金減免等について、次の通り取り消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		
取消年月日	年 月 日		
区分 減 額 免 除 徴収猶予 一部負担金等免除	年 月 日 から 年 月 日 まで 割合 割 期間 か月		
取消理由			

取消年月日以降の療養に係る一部負担金は、被保険者から直接徴収してください。

〈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

帳票詳細要件 国民健康保険システム

表紙	資格管理	帳票名称 用紙サイズ	28 一部負担金減免等取消通知書 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	役職名＋首長名	●			●	
6	公印		●			●	
7	決定年月日	和暦表記	●			●	
8	被保険者番号		●			●	
9	療養の給付を受ける者の氏名		●			●	
10	生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記	●			●	
11	世帯主住所		●			●	
12	世帯主氏名		●			●	
13	取消年月日		●			●	
14	証明区分	和暦表記 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。	●			●	
15	減免期間開始年月日	和暦表記	●			●	
16	減免期間終了年月日	和暦表記	●			●	
17	減額割合		●			●	
18	減額期間月数		●			●	
19	取消理由		●			●	
20	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
21	問い合わせ先 住所		●			●	
22	問い合わせ先 課名		●			●	
23	問い合わせ先 電話番号		●			●	
24	被保険者記号		●	●		●	
25	持番			●			
26	連番		●				
27	カスタマバースコード	(引抜用番号)	●				
28	通知文		●			●	

一部負担金減免等申請書

年 月 日

〇〇市長
〇〇 〇〇 殿

申請者 住所 _____
氏名 _____ 個人番号 _____
電話番号 _____

次のとおり申請します。

被保険者記号・番号			
療養の給付を受ける者の氏名		生年 月 日	年 月 日 生
世帯主氏名			
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 ・ 外来
区分 減 額 免 除 徴収猶予 一部負担金等免除	年 月 日 から 年 月 日 まで 割合 割 期間 か月		
事 由			

表紙	資格管理	帳票名称 用紙サイズ	29 一部負担金減免等申請書 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	発行年月日	和暦表記	●			●	
2	首長名	役職名＋首長名	●			●	
3	被保険者記号・番号	(引抜用番号)	●			●	
4	世帯主氏名		●			●	
5	枝番			●			

窓空宛名

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

標準負担額減額認定申請却下通知書

年 月 日 付けで申請がありました
標準負担額減額認定
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	30 標準負担額減額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	申請年月日	和暦表記	●			●	
9	対象者		●			●	
10	以下の理由		●			●	
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		●			●	

年 月 日

窓空宛名

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

限度額適用・標準負担額減額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・標準負担額減額認定

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	31 限度額適用・標準負担額減額認定申請却下通知書
		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		●			●	
10	以下の理由		●			●	
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

年 月 日

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

国民健康保険高齢受給者証の交付について

あなたは、 年 月 日 に 歳の誕生日を迎えられ、 年 月 日 から
国民健康保険高齢受給者の適用となります。つきましては、下記のとおり国民健康保険高齢
受給者証を交付いたしますので、手続きにおいでください。

なお、国民健康保険高齢受給者の適用開始日は70歳になった誕生日の翌月の1日から、
また誕生日が1日の方は誕生日からの適用となります。

記

日にち 年 月 日

時 刻

場 所

〈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	構票名称 用紙サイズ	37 国民健康保険高齢受給者証の交付について
			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	署名名	役職名＋首長名	●			●	
6	公印		●			●	
7	高齢到達日	和暦表記	●			●	
8	高齢到達年齢		●			●	
9	高齢受給者証適用基準年月日	和暦表記	●			●	
10	日にち		●			●	
11	時刻		●			●	
12	場所		●			●	
13	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
14	問い合わせ先 住所		●			●	
15	問い合わせ先 課名		●			●	
16	問い合わせ先 電話番号		●			●	
17	運番	(引抜用番号)	●			●	
18	カスタマバースコード		●			●	
19	通知文		●			●	

産前産後保険料（税）免除異動連絡票 発行年月日 年 月 日発行		
出 産 被 保 険 者	氏 名	
	生 年 月 日	平成 年 月 日
	出 産 予 定 日 ま た は 出 産 日	令和 年 月 日
	単胎・多胎の別	
交 付 者	印 〇〇市	
注 意 事 項 1. 転入した市町村において産前産後期間に係る保険料（税）の免除の申請を行う場合には、申請書と合わせて、この連絡票を提示してください。 2. この連絡票を破り、よごし、又は失ったときは、ただちにこの連絡票を発行した市町村に再発行を申請してください。 3. この連絡票を破り、又はよごした場合の申請には、その連絡票を添えて申請してください。		

表紙	資格管理	帳票名称 用紙サイズ	39 産前産後保険料（税）免除異動連絡票 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	発行年月日	和暦表記	●			●	
2	氏名		●			●	
3	生年月日	和暦表記	●			●	
4	出産被保険者	和暦表記	●			●	
5	出産予定日または出産日 単胎・多胎の別		●			●	
6	公印		●			●	
7	交付者名		●			●	
8	保険者番号		●			●	
9	通知文		●			●	

(表面)

窓空宛名		〇 〇 県		有効期限		年 月 日	
		国民健康保険		発効期日		年 月 日	
		資格確認書		番号		(枝番)	
		記号		年 月 日		性別	
		氏名		年 月 日		負担割合	
		生年月日		年 月 日			
		適用開始年月日		年 月 日			
		交付年月日		年 月 日			
		世帯主氏名		年 月 日			
		住所		年 月 日			
		保険者番号		〇〇市			
		交付者名		〇〇市			
				印			

(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

電話番号 000-000-0000

(裏面)

備考	
※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。	
1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。	
2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。	
3. 私は、臓器を提供しません。	
《1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。》	
[特記欄： 本人署名(自筆)： 署名年月日： 年 月 日 家族署名(自筆)： 本人署名(自筆)： 家族署名(自筆)：]	