

表紙	給付	帳票名称 用紙サイズ	02 国民健康保険高額療養費動員通知書 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	役職名		●			●	
6	首長名		●			●	
7	公印			●		●	勸奨の通知（お知らせ）においては、必ずしも公印を印字しなくてもよいことから、公印の印字は標準オプションとする。
8	通知文（上段）		●			●	
9	被保険者記号・番号	（引抜用番号） 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。
10	診療年月	和暦表記		●		●	勸奨通知書と併せて送付する高額療養費支給申請書に明細の情報を示しており、必ずしも勸奨通知書に明細の情報を印字する必要があることから、明細の情報の印字は標準オプションとする。
11	診療を受けた被保険者氏名			●		●	医療機関以外への出力も想定されることから、帳票サンプル内の項目見出しのみ「医療機関」から「医療機関等」とする。
12	医療機関名			●		●	
13	費用額			●		●	
14	自己負担額			●		●	
15	入外区分名称	打ち出し形式（例）入院 or 外来		●		●	
16	支給予定額			●		●	本帳票は、支給申請を勧奨するものであり、申請を受け付けた後、領収書等を確認した後に、支給額が確定することから、通番16の差引支払予定額の通知のみとする市区町村も存在する。 そのため、既支給額（通番24）、貸付額（通番15）及びそれらを差し引く前の支給予定額（通番14）については、標準オプションとする。ただし、差し引く前の支給予定額を表示する場合、既支給額、貸付額等の根拠となる項目を表示する。
17	貸付額			●		●	本帳票は、支給申請を勧奨するものであり、申請を受け付けた後、領収書等を確認した後に、支給額が確定することから、通番16の差引支払予定額の通知のみとする市区町村も存在する。 そのため、既支給額（通番24）、貸付額（通番15）及びそれらを差し引く前の支給予定額（通番14）については、標準オプションとする。ただし、差し引く前の支給予定額を表示する場合、既支給額、貸付額等の根拠となる項目を表示する。
18	差引支払予定額		●			●	
19	通知文（下段）		●			●	「お待ちいただくもの」について、本人確認のため「マイナンバーカードや資格確認書」といった書類を追加することも可能とする。
20	支払期限年月日	和暦表記		●		●	高額療養費の勧奨を行う際、必ずしも支払期限を示す必要はないことから、支払期限年月日の印字は標準オプションとする。
21	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
22	問い合わせ先 住所		●			●	
23	問い合わせ先 課名		●			●	
24	問い合わせ先 電話番号		●			●	

表紙	給付	帳票名称	02 国民健康保険高額療養費助受通知書
		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
25	診療科目			●			被保険者が、本通知の内容を基に、支給申請書に添付する領収書を確認する場合、診療科目の情報が印字されていることで、領収書の添付漏れを防ぐことが可能であると考ええる。 ただし、併せて送付する高額療養費支給申請書に明細毎の入院、外来の情報を表示している等から、必ずしも診療科目の印字は必要ないことから、診療科目の印字は標準オプションとする。
26	既支給額			●		●	本帳票は、支給申請を勧要するものであり、申請を受け付けた後、領収書等を確認した後に、支給額が確定することから、通番16の差引支払予定額の通知のみとする市区町村も存在する。 そのため、既支給額（通番24）、貸付額（通番15）及びそれらを差し引く前の支給予定額（通番14）については、標準オプションとする。ただし、差し引く前の支給予定額を表示する場合、既支給額、貸付額等の根拠となる項目を表示する。
27	カスタマーバーコード		●			●	

国民健康保険 高額療養費 支給申請書

枚中 枚目

被保険者記号・番号		申請者（世帯主）氏名		診療年月		課税区分		所得区分	
				年 月					
交通事故等の第三者行為			有 ・ 無						
請求年月	療養を受けた被保険者氏名	生年月日		医療機関等名		入外	日数	総医療費	
		個人番号		医療機関等所在地				被保険者負担額	
		傷病名							
貸付額		支給済額		被保険者負担額		限度額		支給額	
円		円		円		円		円	

上記のとおり申請します。		〇〇市長 〇〇 〇〇様	年 月 日
住所 _____			
申請者（世帯主）		個人番号	_____
氏名		電話番号	_____

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）。 ※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。 ☐ 振込口座を指定する。						
1:現金	金融機関コード		支店コード		種目	口座名義人	
	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店名		1. 普通(総合) 2. 当座	フリガナ	
口座番号					氏名		
2:振込							

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 _____

表紙	給付	帳票名称	03 国民健康保険高額療養費支給申請書
		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	世帯合計ページ数			●		●	世帯合計ページ数がなくとも事務処理を進めることが可能と考えらることから、世帯合計ページ数の印字は標準オプションとする。
2	ページ数	(引抜用番号)		●		●	ページ数がなくとも事務処理を進めることが可能と考えることから、ページ数の印字は標準オプションとする。
3	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。
4	申請者（世帯主）氏名		●			●	申請者は基本、世帯主であることから、（世帯主）を追加する。
5	診療年月	和暦表記	●			●	
6	課税区分			●		●	所得区分を示すことで課税区分の判断ができることから、課税区分の印字は標準オプションとする。
7	所得区分		●			●	
8	請求年月	和暦表記		●		●	請求年月は、国民健康保険法施行規則（第27の16）に規定がなく、必ずしも印字する必要がないことから、標準オプションとする。
9	療養を受けた被保険者氏名		●			●	
10	生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記	●			●	
11	医療機関等名		●			●	薬局の情報を印字する場合があることから医療機関等とする。
12	医療機関等所在地	※事務処理において、診療報酬明細書の内容を確認し、事務処理を進める場合、 「診療報酬明細書のとおり」と印字すること。	●			●	当該項目については、被保険者の記載が困難である場合があり、あらかじめ「診療報酬明細書のとおり」と印字した申請書を使用している市区町村があることから、印字条件を追加する。 薬局の情報を印字する場合があることから医療機関等とする。
13	入区分	打ち出し形式（例）入院 or 外来	●			●	
14	診療費日数		●			●	
15	総医療費		●			●	
16	被保険者負担額		●			●	
17	貸付額			●		●	本帳票は、支給申請時に使用するものであり、申請を受け付けた後、領収書等を確認した後に、支給額が確定することとなり、貸付額（通番17）、支払済額（通番18）については、必ずしも申請書への記載が必要でないことから、標準オプションとする。
18	支払済額			●		●	本帳票は、支給申請時に使用するものであり、申請を受け付けた後、領収書等を確認した後に、支給額が確定することとなり、貸付額（通番17）、支払済額（通番18）については、必ずしも申請書への記載が必要でないことから、標準オプションとする。
19	被保険者負担額（合計）			●		●	被保険者負担額（通番16）を記載することで、その合計額は必ずしも記載する必要がないことから、標準オプションとする。
20	欄外額		●			●	
21	支給額		●			●	

表紙	給付	帳票名称	03 国民健康保険高額療養費支給申請書
		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
22	支給申請日	和暦表記		●		●	窓口にて、被保険者より申請の内容をヒアリングし、その結果を基に支給申請書を出力する場合を除き、支給申請日には、システムによる印字が困難であることから、支給申請日の印字は標準オプションとする。
23	支給方法 現金	※口座振り込みのみとする市区町村において、初期設定等により、非表示とできること。 ※口座振り込みとする市区町村において、初期設定等により、非表示とできること。		●		●	高額療養費の支給申請に係る手続きは、被保険者の負担軽減の観点から簡素化できることとなっており、当該高額療養費の支給は口座振替によることが前提となっていることを背景とし、高額療養費の支給は口座振込によることを原則としており、口座を所持し得ない方に対するのみ例外的に現金払いを行っているケースが多い。 また、高額療養費を現金で支給する場合、相当額の現金を資金前渡により課内で保管せねばならず、安全面等の観点から好ましくない。 以上より、口座振り込みによる支給を基本とし、現金支給に関する印字は標準オプションとする。
24	支給方法 振込	※口座振り込みのみとする市区町村において、初期設定等により、非表示とできること。		●		●	
25	金融機関コード			●		●	窓口にて、被保険者より申請の内容をヒアリングし、その結果を基に支給申請書を出力する場合を除き、振込先の情報については、システムによる印字が困難であることから、振込先の情報の印字は標準オプションとする。
26	支店コード			●		●	
27	金融機関名称			●			
28	金融機関支店名			●			
29	預金種別 普通	打ち出し形式 (例) 普通		●		●	
30	預金種別 当座	打ち出し形式 (例) 当座		●		●	
31	口座番号			●		●	
32	口座名義人カナ			●		●	
33	口座名義人			●		●	
34	通知文 (継続支給に関する通知文)			●			高額療養費の支給申請の簡素化に関する通知については、別資料を同封する場合が考えられ、必ずしも支給申請書に簡素化に関する通知文を印字する必要がないことから、標準オプションとする。
35	預金種別 その他	打ち出し形式 (例) その他 or 信用組合 or 組合 or 信組		●			
36	診療科目			●			被保険者が、申請書の内容を基に、支給申請書に添付する領収書を確認する場合、診療科目の情報が印字されていることで、領収書の添付漏れを防ぐことが可能であると考ええる。 ただし、入院、外来の情報を表示している等により、必ずしも診療科目の印字は必要ないことから、診療科目の印字は標準オプションとする。
37	過去12か月以内の高額該当月 1			●			
38	過去12か月以内の高額該当月 2			●			
39	過去12か月以内の高額該当月 3			●			
40	傷病名	※事務処理において、診療報酬明細書の内容を確認し、事務処理を進める場合、「診療報酬明細書のとおり」と印字すること。	●			●	当該項目については、被保険者の記載が困難である場合があり、あらかじめ「診療報酬明細書のとおり」と印字した申請書を使用している市区町村があることから、印字案件を追加する。
41	証明者役職名		●			●	他の申請書と統一するため追加する。
42	証明者名		●			●	他の申請書と統一するため追加する。

発行日： 年 月 日 適合基準日：令和8年4月1日

被保険者記号・番号：

医療機関番号：

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

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	円				
支給決定日	年 月 日				
振込期日	年 月 日				
金融機関					
内 訳					
申請日	申請者（世帯主）	対象者	支給額 支給済額	貸付額 充当額	差引支払額

あなたがこの処分不服があるときは、この処分があったことを知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、〇〇市を被告（代表者は〇〇市長）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。

〈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	給付	帳票名称	04 支給決定通知書
		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	文書番号			●			文書番号を印字していない市区町村もあり、必ずしも文書番号を印字する必要があることから標準オプションとする。
5	発行日	和暦表記	●			●	
6	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。
7	医療機関番号	※医療機関に対する支給決定通知である場合、（例）医療機関番号		●		●	医療機関に対する通知である場合に医療機関番号を印字するが、医療機関番号を医療機関に通知する必要はなく、必ずしも医療機関番号を印字する必要があることから標準オプションとする。
8	ページ番号	（引抜用番号）	●			●	
9	役職名		●			●	
10	首長名		●			●	
11	公印			●		●	支給決定通知（お知らせ）においては、公印を印字しない運用も想定されることから、公印の印字は標準オプションとする。
12	通知文（上段）		●			●	
13	支給額		●			●	
14	支給決定日	和暦表記	●			●	
15	支給年月日文言		●			●	
16	支払年月日	和暦表記	●			●	
17	金融機関 金融機関名称	打ち出し形式（例）本店名 + 支店名 ※支給額が0円の場合、（例）*****	●			●	
18	口座番号	※支給額が0円の場合、（例）空白	●			●	
19	預金種別名称	※支給額が0円の場合、（例）空白	●			●	
20	口座名義人カナ	※支給額が0円の場合、（例）空白		●		●	支給決定通知書に口座名義人カナまでを印字していない市区町村もあり、必ずしも口座名義人カナの印字は必要ないことから標準オプションとする。
21	口座名義人	※支給額が0円の場合、（例）空白		●		●	支給決定通知書に口座名義人までを印字していない市区町村もあり、必ずしも口座名義人の印字は必要ないことから標準オプションとする。
22	支払場所	※現金支給であり、支給額が0円の場合、（例）*****		●			高額療養費の支給申請に係る手続きは、被保険者の負担軽減の観点から簡素化できることとなり、当該高額療養費の支給は口座振替によることが前提となっていることを背景とし、高額療養費の支給は口座振替によることを原則としており、口座を所持し得ない方に対するのみ例外的に現金払いを行っているケースが多い。 また、高額療養費を現金で支給する場合、相当額の現金を資金前渡により課内で保管せねばならず、安全面等の観点から好ましくない。 以上より、口座振り込みによる支給を基本とし、現金支給に関する印字は標準オプションとする。

表紙	給付	帳票名称 用紙サイズ	04 支給決定通知書 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
23	内訳	申請年月日		●		●	支給決定を通知する際に詳細の内訳までを記載する必要はないことから、内訳の情報については、標準オプションとする。
24		申請者（世帯主）氏名		●		●	申請者は基本、世帯主であることから、（世帯主）を追加する。
25		給付対象者氏名		●		●	
26		支給額		●		●	
27		支給済額		●		●	
28		交付額		●		●	
29		充当額		●		●	
30		差引支払額		●		●	
31		療養費種別名称		●			
32		診療年月		●			
33		診療科目略称		●			
34		給付種別		●			
35		医療機関名		●			医療機関以外の出力も想定されることから、帳票サンプル内の項目見出しのみ「医療機関」から「医療機関等」とする。
36		入外区分		●			
37		診療日数		●			
38		自己負担額		●			
39		自己負担限度額		●			
40	通知文（下段）		●			●	
41	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
42	問い合わせ先 住所		●			●	
43	問い合わせ先 課名		●			●	
44	問い合わせ先 電話番号		●			●	
45	カスタマーバーコード		●			●	

国民健康保険療養費支給申請書

省令第5条第103号関係
適合基準日：令和8年4月1日

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

〇〇市長
〇〇 〇〇 様

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									
	発症負傷日				診療 期間	自 至		診療 日数	日	
	傷病名				傷病の 原因			傷病の 経過		
	診療の内容									
	受診した 医療機関等	名称	()				診療科			
		所在地					医師名			
	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	一般診療・補装具・柔整・その他 ()									
療養の給付を 受けることが できなかった 理由										
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）。 ※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。 ☐ 振込口座を指定する。									
1:現金	振込先	コード	名称		(フリガナ) 口座名義人					
	金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合							
2:振込	支店				口座番号					
	口座種別	普通・当座・その他 ()								
点 数			総医療費			支給額				
負担率			一部負担額							

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。

世帯主氏名 (申請者)

代理人住所

代理人氏名 個人番号

帳票詳細要件 国民健康保険システム

表紙	給付	帳票名称	05 国民健康保険療養費支給申請書
		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	支給金額	※総医療費が0円かつ支払済額が0円の場合、(例) 空白	●			●	
2	役職名		●			●	
3	首長名		●			●	
4	被保険者記号・番号	(引抜用番号) 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。
5	世帯主名		●			●	
6	診療を受けた人	氏名カナ	●			●	
7	診療を受けた人	氏名	●			●	
8		住所	●			●	
9		生年月日		●			
10		発病負傷年月日	●			●	
11		療養期間開始日	●			●	
12		療養期間終了日	●			●	
13		日数	●			●	
14		傷病名	●			●	
15		傷病の原因	●			●	
16		傷病の経過	●			●	
17		療養の内容	●			●	
18		医療機関名称	●			●	医療機関以外の出力も想定されることから、帳票サンプル内の項目見出しのみ「医療機関」から「医療機関等」とする。
19		医療機関所在地	●			●	
20		医療機関番号	●			●	
		打ち出し形式 (例) 医療機関件コード+“-”医療機関点数区分+“-”医療機関番号 ※医療機関番号が未設定の場合、(例) 空白					
21		診療科目名称	●			●	
22		医師名	●			●	
23		受診状態 入院	●			●	
24		受診状態 外来	●			●	
25		受給証種類	●			●	
26		費用額	●			●	
27		公費名称	●			●	窓口にて、被保険者より申請の内容をピアリングし、その結果を基に支給申請書を出力する場合は除き、支給方法及び振込先の情報については、システムによる印字が困難であることから、振込先の情報の印字は標準オプションとする。
28	支給方法 現金			●		●	
29	支給方法 振込						
30	金融機関コード			●		●	
31	支店コード			●		●	
32	金融機関名称			●		●	
33	金融機関支店名			●		●	
34	口座名義人カナ			●		●	
35	口座名義人			●		●	
36	口座種別 普通	打ち出し形式 (例) 普通		●		●	
37	口座種別 当座	打ち出し形式 (例) 当座		●		●	
38	口座種別 その他	打ち出し形式 (例) その他 or 信用組合 or 組合 or 信組		●		●	
39	口座番号			●		●	
40	点數		●			●	
41	総医療費		●			●	
42	負担率		●			●	
43	一部負担額		●			●	
44	支給額		●			●	

表紙	給付	05 国民健康保険医療費支給申請書
	帳票名称 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
45	療養の給付を受けることができなかった理由	※被保険者の記載の事務負担を軽減させることを目的に、療養を受けることができなかった理由を選択による記入とする場合、選択する項目を表示 打ち出し形式（例） ・治療用器具を作成したが保険契約対象外のため ・保険証を提示せず10割支払ったため ・期って扶養からはずれ、前保険者から請求されたため ・やむを得ない理由で期って加入し、前保険者から請求されたため ・やむを得ない理由で期って加入し、保険証なしで10割支払ったため ・海外の医療機関で受診したため（国名： 支払通貨： ） ※渡航の目的： 観光 仕事 その他（ ） ・その他		●		●	

表紙	給付	帳票名称	06 高額介護合算療養費等支給額計算結果集連結果
		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	保険者名		●			●	
2	フリガナ		●			●	
3	対象者氏名		●			●	
4	保険者番号	当該帳票を発行する保険者の保険者番号 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記	●			●	
5	生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記 (引技用番号)	●			●	
6	被保険者番号		●			●	
7	計算対象期間(開始)	和暦表記	●			●	
8	支給額計算結果郵便番号		●			●	
9	自己負担額証明書整理番号		●			●	
10	支給額計算結果住所		●			●	
11	備考	期中精算である場合、精算対象者と表示	●			●	
12	所得区分		●			●	
13	自己負担額証明書整理番号(内訳欄)		●			●	
14	被保険者記号	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。
15	計算対象期間(終了)	和暦表記	●			●	
16	支給額計算結果連絡先名称		●			●	
17	世帯支給総額		●			●	
18	按分後の支給額		●			●	
19	対象年度	和暦表記	●			●	
20	世帯負担総額		●			●	
21	通知年月日	和暦表記	●			●	
22	介護等合算一部負担金等世帯合算額		●			●	
23	対象者氏名(内訳欄)		●			●	
24	連続票発行者郵便番号		●			●	
25	70歳以上介護等合算一部負担金等世帯合算額		●			●	
26	70歳以上所得区分		●			●	
27	介護等合算算定基準額		●			●	
28	連続票発行者住所		●			●	
29	70歳以上介護等合算算定基準額		●			●	
30	うち70歳以上分世帯支給総額		●			●	
31	①70歳以上負担額		●			●	
32	うち70歳以上按分後の支給額		●			●	
33	連続票発行者名		●			●	
34	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
35	②70歳以上按分率		●			●	
36	問い合わせ先 住所		●			●	
37	問い合わせ先 課名		●			●	
38	③①に係る支給額		●			●	
39	①の世帯合計		●			●	
40	問い合わせ先 電話番号		●			●	
41	④70歳未満負担額		●			●	
42	⑤④+(①-③)		●			●	
43	連続票整理番号		●			●	
44	⑥按分率		●			●	
45	③の世帯合計		●			●	
46	⑦⑤に係る支給額		●			●	
47	⑧③+⑦		●			●	
48	④の世帯合計		●			●	
49	⑤の世帯合計		●			●	
50	⑦の世帯合計		●			●	
51	⑧の世帯合計		●			●	
52	公印			●		●	計算期日時点の保険者で算定された結果を他保険者へ報告する帳票であり、かつその計算結果に基づき高額療養費(外来年間合算)を被保険者等へ給付するため、公印を印字している市区町村があることから、公印の印字について標準オプションとする。

窓空宛名

発行日 年 月 日

〇〇市長
〇〇 〇〇



高額介護合算療養費支給決定通知書

先に申請のありました高額介護合算療養費の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者記号		被保険者番号	
計算対象期間	年 月 ～ 年 月				
申請年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日		
計算対象期間中の自己負担額の合計額	円	支給額	円		
給付の種類					
不支給の理由					
備考					

支 払 方 法					
窓 口 払			口 座 払		
お持ちいただくもの	支払場所	支払期間	振込先	金融機関	
				口座種目	
				口座番号	
				口座名義人	

000-0000
(所在地) 〇〇市1丁目2番3号

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

あなたがこの処分に不服があるときは、この処分があったことを知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、〇〇市を被告（代表者は〇〇市長）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。

表紙	給付	帳票名称	07 高額介護合算療養費等支給決定通知書
		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		●			●	文書番号を印字していない市区町村もあり、必ずしも文書番号を印字する必要があることから標準オプションとする。
4	文書番号			●			
5	発行日	和暦表記	●			●	
6	役職名		●			●	
7	音長名		●			●	
8	公印			●		●	支給決定通知（お知らせ）においては、公印を印字しない運用も想定されることから、公印の印字は標準オプションとする。 印字が必要な団体においては実装必須とする。
9	被保険者氏名		●			●	
10	被保険者記号	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。
11	被保険者番号	（引抜用番号）	●			●	
12	計算対象期間開始年月日	和暦表記 ※年月日の表示とする場合、（例）令和〇年〇月〇日 ※年度の表示とする場合、計算対象期間開始年月及び計算対象期間終了年月を一つの項目とし、（例）令和〇年度	●			●	ただし計算期間を通知するため、年月日の表示を基本とするが、通知する際の別資料等で計算期間の説明する等の場合、年月及び年度の表示を可とする。
13	計算対象期間終了年月日	和暦表記 ※年月日の表示とする場合、（例）令和〇年〇月〇日 ※年度の表示とする場合、計算対象期間開始年月及び計算対象期間終了年月を一つの項目とし、（例）令和〇年度	●			●	ただし計算期間を通知するため、年月日の表示を基本とするが、通知する際の別資料等で計算期間の説明する等の場合、年月及び年度の表示を可とする。
14	申請年月日	和暦表記	●			●	
15	決定年月日	和暦表記	●			●	
16	計算対象期間中の自己負担額の合計額		●			●	
17	支給額		●			●	
18	給付の種類	高額介護合算療養費と表示	●			●	
19	不支給の理由	※不支給でない場合、空白 or ***	●			●	
20	備考		●			●	
21	支払方法	窓口払表示 ※窓口払いでない又は支給額が0円である場合、（例）***		●		●	高額療養費と同様に、口座振り込みに関する印字は標準本と考えることから、窓口払いに関する印字は標準オプションとする。
22	お持ちいただくもの	打ち出し形式（例） - この通知書 - 国民健康保険被保険者証 ※窓口払いでない又は支給額が0円である場合、（例）空白		●		●	
23	支払場所	※窓口払いでない又は支給額が0円である場合、（例）空白		●		●	
24	支払期間開始年月日	和暦表記		●		●	
25	支払開始曜日	※窓口払いでない又は支給額が0円である場合、（例）空白		●		●	
26	支払期間開始時間	※窓口払いでない又は支給額が0円である場合、（例）空白		●		●	
27	支払期間終了年月日	和暦表記		●		●	
28	支払終了曜日	※窓口払いでない又は支給額が0円である場合、（例）空白		●		●	
29	支払期間終了時間	※窓口払いでない又は支給額が0円である場合、（例）空白		●		●	
30	口座払表示	打ち出し形式（例）口座払 ※口座払いでない又は支給額が0円である場合、（例）***	●			●	
31	金融機関名	※口座払いでない又は支給額が0円である場合、（例）空白	●			●	
32	金融機関支店名	※口座払いでない又は支給額が0円である場合、（例）空白	●			●	
33	口座種目名	※口座払いでない又は支給額が0円である場合、（例）空白	●			●	
34	口座番号	※口座払いでない又は支給額が0円である場合、（例）空白	●			●	

表紙	給付	帳票名称	07 高額介護合算療養費等支給決定通知書
		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
35	口座名義人カナ	※口座払いでない又は支給額が0円である場合、（例）空白		●		●	支給決定通知書に口座名義人カナまでを印字していない市区町村もあり、必ずしも口座名義人カナの印字は必要ないことから標準オプションとする。
36	通知書発行者	郵便番号		●		●	問い合わせは先の印字内容より確認が可能であることから、通知書発行者の印字については標準オプションとする。
37		住所		●		●	
38		発行番号		●		●	
39	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
40	不届の申し立て先名称		●			●	
41	事務処理番号		●			●	
42	問い合わせ先 住所		●			●	
43	問い合わせ先 課名		●			●	
44	問い合わせ先 電話番号		●			●	
45	カスタマーバーコード		●	●		●	
46	支給年月日	和暦表記		●			被保険者からの問い合わせを削減することを目的に支給年月日を印字している市区町村が存在することから、標準オプションとする。
47	通知文（継続支給に関する通知文）			●			被保険者から高額介護合算療養費の支給申請の簡素化の意思が示された場合には、「次回以降 高額介護合算が発生した場合、今年度の申請に基づいて支給する」旨を通知する。また、過去の高額介護合算療養費の支給申請の簡素化の意思に基づき、支給を行う場合に、「昨年度以前の申請時に示した、簡素化の意思に基づき支給する」旨を通知する。 高額介護合算療養費の支給申請の簡素化については、市区町村において別段の定めが必要であり、実施しない運用も想定されることから、標準オプションとする。

窓空宛名

年 月 日

省令第5条第106号関係

適合基準日：令和8年4月1日

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

高額医療・高額介護合算療養費の支給について

標記の件につきまして、あなたの世帯の下記の期間における医療費の自己負担額が、高額医療・高額介護合算療養費の支給対象となるため、支給申請の手続きを行ってください。その際、高額療養費（外来年間合算）に該当し、申請されていない場合は、本支給申請をする前に高額療養費（外来年間合算）の支給申請をしてください。

なお、請求が遅れますと、支給ができなくなる場合がありますのでご注意ください。

被保険者記号・番号		被保険者氏名	
計算対象期間	年 月 ～ 年 月		
支給見込額処理開始年月日	年 月 日	支給見込額計算年月日	年 月 日
支給見込額	円		
*お持ちいただくもの	1. 当通知書 2. 計算期間中に他保険に加入していた場合、該当期間内の自己負担額証明書 3. 同一世帯以外の代理人の受領の場合、委任状 <ご注意> 上記のうち、ひとつでも不足していると申請できない場合があります。		
	高額医療・高額介護合算療養費の請求権は、この通知が届いた日の翌日から起算して2年以内に請求しなければ消滅します		
備考			

000-0000

(所在地) 〇〇市1丁目2番3号

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	給付	帳票名称	08 高額介護合算療養費動受通知書
		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	文書番号			●			文書番号を印字していない市区町村もあり、必ずしも文書番号を印字する必要があることから標準オプションとする。
5	発行日	和暦表記	●			●	
6	役職名		●			●	
7	首長名		●			●	
8	公印			●		●	勸奨の通知（お知らせ）においては、必ずしも公印を印字しなくてもよいことから、公印の印字は標準オプションとする。
9	通知文（上段）		●			●	
10	被保険者記号・番号	（引抜用番号） 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。
11	被保険者氏名		●			●	
12	計算対象期間開始年月日	和暦表記 ※年月日の表示とする場合、（例）令和〇年〇月〇日 ※年度の表示とする場合、計算対象期間開始年月及び計算対象期間終了年月を一つの項目とし、（例）令和〇年度	●			●	
13	計算対象期間終了年月日	和暦表記 ※年月日の表示とする場合、（例）令和〇年〇月〇日 ※年度の表示とする場合、計算対象期間開始年月及び計算対象期間終了年月を一つの項目とし、（例）令和〇年度	●			●	
14	支給見込額処理開始年月日	和暦表記		●		●	必ずしも勸奨通知書に印字する必要があることから、支給見込額処理開始年月日は標準オプションとする。
15	支給見込額計算年月日	和暦表記		●		●	必ずしも勸奨通知書に印字する必要があることから、支給見込額計算年月日は標準オプションとする。
16	支給見込額			●		●	勸奨時においては、あくまで仮算定結果であり、支給見込額を印字していない市区町村もあることから、支給見込額の印字は標準オプションとする。
17	通知書発行者 郵便番号			●		●	問い合わせ先の内容より確認が可能であることから、通知書発行者の印字については標準オプションとする。
18	住所			●		●	
19	発行者名			●		●	
20	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
21	通知文（下段）		●			●	「お待ちいただくもの」について、本人確認のため「マイナンバーカードや資格確認書」といった書類を追加することも可能とする。
22	事務処理運番		●			●	
23	問い合わせ先 住所		●			●	
24	問い合わせ先 課名		●			●	
25	問い合わせ先 電話番号		●			●	
26	カスタマーバーコード			●		●	

医療費通知

あなたやご家族の方が、国民健康保険を利用して病院や診療所で受診されたり、薬局で薬をもらわれた医療費は、次のとおりでしたのでお知らせします。

診療年月	被保険者 記号・番号	受診者名	医療費計		被保険者負担額計	
			医療機関等名称	診療区分	日数	負担額（円）

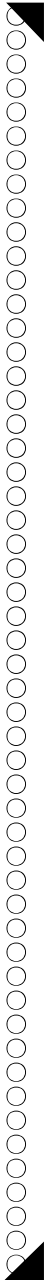
窓空宛名

1
1/2

(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

保険者名 : 〇〇市

1. 「医療費」とは、あなたや家族が医療機関に支払った金額と国民健康保険で支払った費用の合計です。
2. 保険のきかない治療や差額ベッド代、入院雑費などの医療費は含まれません。
3. 右側の欄に*の表示がある場合は、減額査定の対象となったものを示しています。
4. 本医療費通知は、医療費控除の申告手続きで医療費の明細書として使用することができます。
5. 本医療費通知に記載されていないものがある場合には、別途領収書に基づいて「医療費控除の明細書」を作成し、その明細書を申告書に添付していただく必要があります（この場合、医療費領収書は確定申告期限から5年間保存する必要があります。）。
6. 「負担額」には、自己負担相当額が記載されています。なお、「負担額」と実際にご自身が負担された額が異なる場合（公費負担医療や地方公共団体が実施する医療費助成、療養費、出産育児一時金、高額療養費がある場合など）があります。こうした場合には、例えば「負担額」欄に記載の額から公費負担医療の額を差し引く等、ご自身で額を訂正して申告いただく必要があります。
7. 医療費控除の申告に関することは税務署にお問い合わせください。



帳票詳細要件 国民健康保険システム

表紙	給付	帳票名称 用紙サイズ	09 医療費通知（はがき） はがき
----	----	---------------	----------------------

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	郵便区内特別			●			郵便区内特別を印字していない市区町村もあり、必ずしも印字する必要があることから標準オプションとする。
2	窓空宛名郵便番号		●			●	
3	窓空宛名住所		●			●	
4	窓空宛名氏名		●			●	
5	文書番号			●		●	文書番号を印字していない市区町村もあり、必ずしも文書番号を印字する必要があることから標準オプションとする。
6	ページ数	(引抜用番号)	●			●	
7	世帯内ページ数		●			●	
8	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
9	保険者名	当該帳票を発行する保険者名	●			●	
10	通知文（上段）		●			●	
11	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。
12	医療費計		●			●	
13	被保険者負担額計		●			●	
14	明細	診療年月 受診者名 医療機関等名称 診療区分 日数 医療費 負担額	●			●	
15		和暦表記	●			●	
16			●			●	
17			●			●	
18			●			●	
19			●			●	
20			●			●	
21	減額査定フラグ			●		●	医療費減額通知を別途通知している場合等、減額査定フラグは必ずしも印字する必要があることから標準オプションとする。
22	問い合わせ先 住所		●			●	
23	問い合わせ先 課名		●			●	
24	問い合わせ先 電話番号		●			●	
25	食事回数			●			
26	食事・生活基準額			●			
27	食事・生活標準負担額			●			
28	食事差額			●			
29	カスタマーバーコード		●			●	
30	マイナ保険証利用促進文言		●			●	出力文言は国が示す文案等を参考に出力する。