

適合基準日：令和8年4月1日

窓空宛名

国民健康保険 高額療養費（外来年間合算）自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ							
申請者氏名							
生年月日							
自己負担額証明書整理番号							
保険者番号				証明対象年度			
被保険者記号				被保険者番号			
対象となる計算期間				～			
計算期間において世帯主（組合員）であった期間				～			
診療年月							
	自己負担額	摘要	自己負担額	摘要	自己負担額	摘要	
年 8月分							
9月分							
10月分							
11月分							
12月分							
年 1月分							
2月分							
3月分							
4月分							
5月分							
6月分							
7月分							
合計							
年 月 日 000-0000 (所在地) ○○市1丁目2番3号							
					○○市長 ○○ ○○		
					印		

【保険者連絡用】

〈お問い合わせ先〉

〒 000-0000
○○市○○町1丁目2番3号 国保課
電話 000-000-0000

(計算結果送付先)

〒000-0000 ○○市○○町1丁目2番3号
○○ ○○

電話番号：000-000-0000

※自己負担額欄には、現役並み所得区分であった期間は記載せず、摘要欄に「現役並み」と記載する。

※自己負担額欄には、地方単独公費に係る負担額を被保険者が負担したものと見なした額を記載する。

表紙	給付	帳票名称 用紙サイズ	18 国民健康保険高額療養費（外来年間合算）自己負担額証明書 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	窓空宛名郵便番号		●			●	
2	窓空宛名住所		●			●	
3	窓空宛名氏名		●			●	
4	申請者氏名カナ		●			●	
5	申請者氏名		●			●	
6	生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記 (引抜用番号)	●			●	
7	自己負担額証明書整理番号	当該帳票を発行する保険者の保険者番号	●			●	
8	保険者番号	和暦表記	●			●	
9	証明対象年度		●			●	
10	被保険者記号	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ある。
11	被保険者番号		●			●	
12	対象計算開始年月日	和暦表記	●			●	
13	対象計算終了年月日	和暦表記	●			●	
14	被保険者開始年月日	和暦表記	●			●	
15	被保険者終了年月日	和暦表記	●			●	
16	対象年度分診療年	和暦表記	●			●	
17	対象年度翌年診療年	和暦表記	●			●	
18	被保険者1人目	被保険者氏名 ※1頁に出力する被保険者の明細数は任意に変更可能とする。 ※No. 10、No. 11と同じである場合、（例）空白	●			●	
19	被保険者記号・番号		●			●	
20	対象年度08月_自己負担額		●			●	
21	対象年度08月_摘要		●			●	
22	対象年度09月_自己負担額		●			●	
23	対象年度09月_摘要		●			●	
24	対象年度10月_自己負担額		●			●	
25	対象年度10月_摘要		●			●	
26	対象年度11月_自己負担額		●			●	
27	対象年度11月_摘要		●			●	
28	対象年度12月_自己負担額		●			●	
29	対象年度12月_摘要		●			●	
30	対象年度01月_自己負担額		●			●	
31	対象年度01月_摘要		●			●	
32	対象年度02月_自己負担額		●			●	
33	対象年度02月_摘要		●			●	
34	対象年度03月_自己負担額		●			●	
35	対象年度03月_摘要		●			●	
36	対象年度04月_自己負担額		●			●	
37	対象年度04月_摘要		●			●	
38	対象年度05月_自己負担額		●			●	
39	対象年度05月_摘要		●			●	
40	対象年度06月_自己負担額		●			●	
41	対象年度06月_摘要		●			●	
42	対象年度07月_自己負担額		●			●	
43	対象年度07月_摘要		●			●	
44	自己負担額合計	対象年度08月_自己負担額～対象年度07月_自己負担額の合計	●			●	
45	被保険者氏名		●			●	
46	被保険者1人目		●			●	
47	被保険者記号・番号	※No. 10、No. 11と同じである場合、（例）空白	●			●	
48	対象年度08月_自己負担額		●			●	
49	対象年度08月_摘要		●			●	
50	対象年度09月_自己負担額		●			●	
51	対象年度09月_摘要		●			●	
52	対象年度10月_自己負担額		●			●	
53	対象年度10月_摘要		●			●	
54	対象年度11月_自己負担額		●			●	
55	対象年度11月_摘要		●			●	
56	対象年度12月_自己負担額		●			●	
57	対象年度12月_摘要		●			●	
58	対象年度01月_自己負担額		●			●	
59	対象年度01月_摘要		●			●	
60	対象年度02月_自己負担額		●			●	
61	対象年度02月_摘要		●			●	
	対象年度03月_自己負担額		●			●	

表紙	給付	帳票名称	18 国民健康保険高額療養費（外来年間合算）自己負担額証明書
		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
62	対象年度03月_摘要		●			●	
63	対象年度04月_自己負担額		●			●	
64	対象年度04月_摘要		●			●	
65	対象年度05月_自己負担額		●			●	
66	対象年度05月_摘要		●			●	
67	対象年度06月_自己負担額		●			●	
68	対象年度06月_摘要		●			●	
69	対象年度07月_自己負担額		●			●	
70	対象年度07月_摘要		●			●	
71	自己負担額合計	対象年度08月_自己負担額～対象年度07月_自己負担額の合計	●			●	
72	被保険者氏名		●			●	
73	被保険者記号・番号	※No. 10、No. 11と同じである場合、〈例〉空白	●			●	
74	対象年度08月_自己負担額		●			●	
75	対象年度08月_摘要		●			●	
76	対象年度09月_自己負担額		●			●	
77	対象年度09月_摘要		●			●	
78	対象年度10月_自己負担額		●			●	
79	対象年度10月_摘要		●			●	
80	対象年度11月_自己負担額		●			●	
81	対象年度11月_摘要		●			●	
82	対象年度12月_自己負担額		●			●	
83	対象年度12月_摘要		●			●	
84	対象年度01月_自己負担額		●			●	
85	対象年度01月_摘要		●			●	
86	対象年度02月_自己負担額		●			●	
87	対象年度02月_摘要		●			●	
88	対象年度03月_自己負担額		●			●	
89	対象年度03月_摘要		●			●	
90	対象年度04月_自己負担額		●			●	
91	対象年度04月_摘要		●			●	
92	対象年度05月_自己負担額		●			●	
93	対象年度05月_摘要		●			●	
94	対象年度06月_自己負担額		●			●	
95	対象年度06月_摘要		●			●	
96	対象年度07月_自己負担額		●			●	
97	対象年度07月_摘要		●			●	
98	自己負担額合計	対象年度08月_自己負担額～対象年度07月_自己負担額の合計	●			●	
99	証明書発行者	和暦表記	●			●	
100	発行日		●			●	
101	郵便番号		●			●	
	住所						
102	役職名		●			●	「13 国民健康保険自己負担額証明書」の様式と統一 させることを目的に、役職名、首長名、公印を証明 書発行欄に表示することとし、首長名と同じ内容と なる証明書発行者名については、削除する。
103	首長名		●			●	「13 国民健康保険自己負担額証明書」の様式と統一 させることを目的に、役職名、首長名、公印を証明 書発行欄に表示することとし、首長名と同じ内容と なる証明書発行者名については、削除する。
104	公印		●			●	「13 国民健康保険自己負担額証明書」の様式と統一 させることを目的に、役職名、首長名、公印を証明 書発行欄に表示することとし、首長名と同じ内容と なる証明書発行者名については、削除する。
105	問い合わせ先 郵便番号		●			●	問い合わせ先と計算結果送付先が同じである場合、 必ずしも計算結果送付先を印字する必要がないこと から、標準オプションとする。
106	計算結果送付先 郵便番号			●		●	問い合わせ先と計算結果送付先が同じである場合、 必ずしも計算結果送付先を印字する必要がないこと から、標準オプションとする。
107	住所			●		●	

表紙	給付	帳票名称	18 国民健康保険高額療養費（外来年間合算）自己負担額証明書
		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
108	計算結果送付先名称			●		●	問い合わせ先と計算結果送付先が同じである場合、必ずしも計算結果送付先を印字する必要がないことから、標準オプションとする。
109	電話番号			●		●	問い合わせ先と計算結果送付先が同じである場合、必ずしも計算結果送付先を印字する必要がないことから、標準オプションとする。
110	問い合わせ先 住所		●			●	
111	問い合わせ先 課名		●			●	
112	問い合わせ先 電話番号		●			●	
113	カスタマーバーコード			●		●	

表紙	給付	帳票名称	19 高額療養費（外来年間合算）支給額計算結果連絡票
		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	フリガナ		●			●	
2	対象者氏名		●			●	
3	生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記	●			●	
4	自己負担額証明書整理番号		●			●	
5	保険者番号	当該帳票を発行する保険者の保険者番号	●			●	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。
6	被保険者記号	被保険者記号は空欄で出力することも可能なこと	●			●	
7	被保険者番号	(引)技術番号)	●			●	
8	対象年度	和暦表記	●			●	
9	計算対象期間(開始)	和暦表記	●			●	
10	計算対象期間(終了)	和暦表記	●			●	
11	自己負担額		●			●	
12	所得区分		●			●	
13	高額医療費（外来年間合算）上限額		●			●	
14	支給総額		●			●	
15	控分後の支給額		●			●	
16	備考	期中精算である場合、精算対象者と表示	●			●	
17	支給額計算結果郵便番号		●			●	
18	支給額計算結果住所		●			●	
19	支給額計算結果連絡先名称		●			●	
20	通知年月日	和暦表記	●			●	
21	連絡票発行者郵便番号		●			●	
22	連絡票発行者住所		●			●	
23	連絡票発行者名		●			●	
24	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
25	問い合わせ先 住所		●			●	
26	問い合わせ先 課名		●			●	
27	問い合わせ先 電話番号		●			●	
28	連絡票整理番号		●			●	
29	保険者名	当該帳票を発行する保険者名	●			●	
30	自己負担額証明書整理番号		●			●	
31	詳細対象者氏名		●			●	
32	①負担額		●			●	
33	②控分率		●			●	
34	③①に係る支給額		●			●	
35	①の世帯合計		●			●	
36	③の世帯合計		●			●	
37	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

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

高額療養費（外来年間合算）の支給について

標記の件につきまして、あなたの世帯は下記のとおり高額療養費（外来年間合算）制度の支給対象となっていますのでお知らせします。

支給を受けるためには申請が必要です。支給申請の手続きを行ってください。
なお、申請が遅れますと、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		世帯主氏名	
計算対象期間	～		
被保険者氏名	計算対象期間中の自己負担額の合計額	支給額（見込）	
計			
*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。		
	高額療養費（外来年間合算）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			

※被保険者記号・番号は、計算対象期間の末日時点の情報を表示しています。
※対象となる被保険者は、計算対象期間の末日の世帯主と世帯員、および計算対象期間において世帯主または世帯員が世帯主であった期間の元世帯員です。
※医療保険に加入していない期間は、計算対象期間であっても対象から除きます。
※計算対象期間中の自己負担額の合計額は、所得区分が一般または低所得である外来レセプトの自己負担額の合計から月間の高額療養費における外来療養に係る支給額を控除した額を集計しています。なお、月間の高額療養費が未申請または未支給であっても支給されたものとみなして控除額に含めて計算しています。
※支給額（見込）は、個人毎の計算対象期間中の自己負担額の合計額から外来年間限度額を控除した額の計です。
※計算対象期間に、加入する保険が変更となった方、または市区町村の区域を越えて転居された方は、変更前の保険または転居元の保険でも支給対象となっている場合があります。

〈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	給付	帳票名称	20 高額療養費（外来年間合算）勧奨通知書
		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	発行日	和暦表記	●			●	
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ないことから標準オプションとする。
6	役職名		●			●	
7	署名名		●			●	
8	公印			●		●	勧奨の通知（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	（引技用番号） 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	世帯主氏名		●			●	
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	●			●	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	明細 被保険者氏名			●		●	勧奨時においては、あくまで仮算定結果であり、明細の情報を印字していない市区町村もあることから、明細の情報の印字は標準オプションとする。
15		計算期間中の自己負担額の合計		●		●	
16		支給額（見込）		●		●	
17		計算期間中の自己負担額の合計（計）		●		●	
18		支給額（見込）（計）		●		●	
19	通知文（下段）		●			●	「お持ちいただくもの」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	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	カスタマーバーコード		●			●	

窓空宛名

年 月 日
省令第5条第119号関係
適合基準日：令和8年4月1日

〇〇市長
〇〇 〇〇



高額療養費（外来年間合算）支給決定通知書

先に申請のありました高額療養費（外来年間合算）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。

申請者（世帯主）氏名		被保険者記号		被保険者番号	
------------	--	--------	--	--------	--

計算対象期間	～		
申請年月日		決定年月日	
計算対象期間中の自己負担額の合計額		支給額	
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			振込先	金融機関					
口座種目									
支払場所				口座番号					
支払期間									

000-0000 (所在地) 〇〇市1丁目2番3号	〇〇 〇〇
------------------------------	-------

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

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	21 高額療養費（外来年間合算）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
1	宛先郵便番号	印字編集条件など 左3桁+“-”+右4桁に編集して出力。	●			●	
2	宛先住所		●			●	
3	宛先氏名	該当帳票の対象となる被保険者の氏名 + “ 様 ” を送付先欄に表示	●			●	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	苗長名		●			●	
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。
9	通知文（上段）		●			●	印字が必要な団体においては実装必須とする。
10	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。
11	被保険者記号	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	被保険者番号	（引抜用番号）	●			●	
13	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。
14	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。
15	申請年月日	和暦表記	●			●	
16	決定年月日	和暦表記	●			●	
17	計算期間中の自己負担額の合計額		●			●	
18	支給額		●			●	
19	給付の種類	高額療養費（外来年間合算）と表示	●			●	
20	不支給理由	※不支給でない場合、空白 or ***	●			●	
21	備考		●	●		●	国民健康保険システムに登録した備考の情報を印字する欄であるが、必ずしも備考の印字は必要でないことから、標準オプションとする。
22	支払方法 窓口払表示	打ち出し形式（例）窓口払 ※窓口払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、口座振り込みによる支給が基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。
23	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 ※窓口払でない又は支給額が0円である場合、（例）空白		●		●	
24	支払場所	※窓口払でない又は支給額が0円である場合、（例）空白		●		●	
25	支払期間開始年月日	和暦表記		●		●	
26	支払開始曜日	※窓口払でない又は支給額が0円である場合、（例）空白		●		●	
27	支払期間開始時間	※窓口払でない又は支給額が0円である場合、（例）空白		●		●	
28	支払期間終了年月日	和暦表記		●		●	
29	支払終了曜日	※窓口払でない又は支給額が0円である場合、（例）空白		●		●	
30	支払期間終了時間	※窓口払でない又は支給額が0円である場合、（例）空白		●		●	
31	口座払表示	打ち出し形式（例）口座払 ※口座払でない又は支給額が0円である場合、（例）***	●			●	
32	金融機関名	※口座払でない又は支給額が0円である場合、（例）空白	●			●	
33	金融機関支店名	※口座払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	21 高額療養費（外来年間合算）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
34	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	●			●	
35	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	●			●	
36	口座名蔵人カナ	※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蔵人カナまでを印字していない市区町村もあり、必ずしも口座名蔵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。
37	通知書発行者			●		●	問い合わせ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。
38	住所			●		●	
39	発行者名			●		●	
40	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
41	不服の申し立て先名称		●			●	
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。

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					
(保険者記入欄) 支給申請書整理番号																
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	年 月 日 生				2 年 月 日から 年 月 日まで											
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	個人番号				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		計算期間の末日において加入する医療保険者の名称											
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. 窓口払い振込口座 2. 口座振込記入欄			銀行		金融機関コード		本店		店舗コード		種目	口座番号		フリガナ		
			信用金庫				本 店				1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他				口座名義人	
			信用組合				支 店									
			協同組合				出張所									
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									
世帯員氏名					1 年 月 日から 年 月 日まで											
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	個人番号				2 年 月 日から 年 月 日まで											
生 年 月 日	年 月 日 生				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		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号									
世帯員氏名					1 年 月 日から 年 月 日まで											
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	個人番号				2 年 月 日から 年 月 日まで											
生 年 月 日	年 月 日 生				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																

{ ○○市長
○○ ○○様

① 外来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。
外来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。

申請年月日 年 月 日

郵便番号
住所
申請者氏名
電話番号

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 _____

表紙	帳票名称	
	給付	用紙サイズ
22 高額療養費（外来年間合算）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書		
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	申請対象年度	和暦表記	●			●	
2	計算期間（始）	和暦表記	●			●	
3	計算期間（終）	和暦表記	●			●	
4	世帯の枚数		●			●	
5	現在の枚数		●			●	
6	申請者（世帯主）氏名カナ		●			●	申請者は基本、世帯主であることから、（世帯主）を追加する。
7	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。
8	申請者生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記	●			●	
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	申請者計算の対象となる加入期間（始）	和暦表記	●			●	
11	申請者計算の対象となる加入期間（終）	和暦表記	●			●	
12	世帯員1人目	世帯員氏名カナ	●			●	
13		世帯員氏名	●			●	
14		生年月日	●			●	
15	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。
16	計算の対象となる加入期間（始）	和暦表記	●			●	
17	計算の対象となる加入期間（終）	和暦表記	●			●	
18	世帯員2人目	世帯員氏名カナ	●			●	
19		世帯員氏名	●			●	
20		生年月日	●			●	
21	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。
22	計算の対象となる加入期間（始）	和暦表記	●			●	
23	計算の対象となる加入期間（終）	和暦表記	●			●	
24	役職名		●			●	
25	証明者名		●			●	
26	支給方法	※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。		●		●	高額療養費と同様に、口座振り込みによる支給が基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。

帳票詳細要件 国民健康保険システム

表紙	帳票名称	
	給付	22 高額療養費（外来年間合算）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書
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	申請対象年度	和暦表記	●			●	
2	計算期間（始）	和暦表記	●			●	
3	計算期間（終）	和暦表記	●			●	
4	世帯の枚数		●			●	
5	現在の枚数		●			●	
6	申請者（世帯主）氏名カナ		●			●	申請者は基本、世帯主であることから、（世帯主）を追加する。
7	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。
8	申請者生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記	●			●	
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	申請者計算の対象となる加入期間（始）	和暦表記	●			●	
11	申請者計算の対象となる加入期間（終）	和暦表記	●			●	
12	世帯員1人目	世帯員氏名カナ	●			●	
13		世帯員氏名	●			●	
14		生年月日	●			●	
15	被保険者記号・番号	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記 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。
16	計算の対象となる加入期間（始）	和暦表記	●			●	
17	計算の対象となる加入期間（終）	和暦表記	●			●	
18	世帯員2人目	世帯員氏名カナ	●			●	
19		世帯員氏名	●			●	
20		生年月日	●			●	
21	被保険者記号・番号	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記 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。
22	計算の対象となる加入期間（始）	和暦表記	●			●	
23	計算の対象となる加入期間（終）	和暦表記	●			●	
24	役職名		●			●	
25	証明者名		●			●	
26	支給方法	※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。		●		●	高額療養費と同様に、口座振り込みによる支給が基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。

資格喪失後受診に伴う返還金精算に係る申出書（委任状 兼 同意書）

(旧保険者) 殿
(現保険者) 殿

私は、（旧保険者）の資格を喪失した後に（旧保険者）の被保険者資格で受診したことによって発生した医療費の返還方法について、受診時に加入していた（現保険者）に支給申請することができる療養費等を（旧保険者）が代理申請、代理受領、返還金債権に充当して清算することを希望すると同時に、下記の事項について委任及び同意します。

1. 委任する事項

- 受診時に加入していた（現保険者）に支給申請することができる療養費等を、（旧保険者）が代理申請、代理受領するために必要となる手続きの全てを（旧保険者）に委任します。

2. 同意する事項

- 療養費等の支給申請に必要となる、（旧保険者）が保有する診療報酬明細書の写し等を受診時に加入していた（現保険者）へ直接提供すること。
- （旧保険者）と（現保険者）との間で申請人に係る必要な情報をやり取りすること。
- （旧保険者）が代理受領した療養費等を、返還金債権に充当して清算すること。

以上

年 月 日

被保険者の氏名 ※1			
被保険者の住所	〒		
電 話 番 号			
療養を受けた者の氏名※2		被保険者との続柄 ※3	

注 1) 受診時に加入されていた健康保険の保険者が国民健康保険の場合は※ 1 に世帯主の氏名を記入してください。
注 2) 療養を受けたものが※ 1 と同じものである場合は、※ 2 及び※ 3 欄の記入は必要ありません。

※ 受診時に加入されていた健康保険について、資格確認書等をお持ちの場合、ご記入ください。
（（旧被保険者）が受診時にご加入されていた健康保険の保険者に療養費等を支給申請する際に必要な情報となります。保険者番号は入力が必要となります。）

保険者番号									保険者名称	
被保険者記号・番号										

表紙	給付	帳票名称	23 資格喪失後受診に伴う返還金精算に係る申出書（委任状兼同意書）
		用紙サイズ	A4

通番	システム印字項目	印字編集条件など (引抜用番号)	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	通知書番号		●			●	
2	旧保険者名称		●			●	
3	通知文		●			●	

発行日 : 年 月 日
被保険者記号・番号 : 省令第5条第122号関係
保険者名 : 適合基準日: 令和8年4月1日
1/2

印

このお知らせは、医療機関からの請求に基づいたあなたの世帯の医療費です。
医療費や健康に正しい理解をもって、健康管理に心がける参考にしてください。
(医療費を納めていただく請求書ではありません。)

記

[illegible]

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市の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。なお、医療費控除の対象となる支出で、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。）。
5. 「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。
6. 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。

〈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 用紙サイズ	24 医療費通知（汎用紙） 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	肩書名		●			●	
8	公印		●			●	
9	ページ数	(引抜用番号)	●			●	
10	世帯内ページ数		●			●	
11	通知文（上段）		●			●	
12	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。
13	保険者名	当該帳票を発行する保険者名	●			●	
14	開始年月	和暦表記	●			●	
15	終了年月	和暦表記	●			●	
16	医療費計		●			●	
17	被保険者負担額計		●			●	
18	明細	診療年月	●			●	
19		受診者名	●			●	
20		医療機関等名称	●			●	
21		診療区分	●			●	
22		日数	●			●	
23		医療費	●			●	
24		負担額	●			●	
25	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ないことから標準オプションとする。
26	通知文（下段）		●			●	
27	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
28	問い合わせ先 住所		●			●	
29	問い合わせ先 課名		●			●	
30	問い合わせ先 電話番号		●			●	
31	食事回数			●			
32	食事・生活基準額			●			
33	食事・生活標準負担額			●			
34	食事差額			●			
35	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。

年 月 日

窓空宛名

差額療養費の勧奨について

下記の年月において、病院で診療を受けた際の自己負担額について、差額療養費の申請手続きができます。

つきましては、支給申請の手続きを行ってください。ただし、受診日の翌日から起算して2年で、請求権は時効により消滅します。

被保険者記号・番号

診療年月	療養を受けた 被保険者氏名	医療機関等名	入外

- *お持ちいただくもの
1. 当通知書
 2. 被保険者証
 3. 当該月の医療機関の領収証
 4. 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。

ご不明な点があれば、以下のお問い合わせ先まで連絡してください。

〈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

表紙	給付	帳票名称	25 差額療養費の勘要について
		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	通知文（上段）		●			●	
6	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。
7	診療年月		●			●	
8	診療を受けた被保険者氏名	和暦表記	●			●	
9	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。
10	入外区分名称	打ち出し形式（例）入院 or 外来	●			●	
11	通知文（お持ちいただくもの）		●			●	
12	通知文（下段）		●			●	
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	カスタマーバーコード		●			●	