

窓空宛名

出産育児一時金の勧奨について

下記の年月における出産につきまして、出産育児一時金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。

被保険者記号・番号

出産年月日	出産者

- *お持ちいただくもの
- 当通知書
 - 当該月の医療機関の領収証
 - 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	26 出産育児一時金の動員について
		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	出産年月日		●			●	
8	出産者	和暦表記	●			●	
9	通知文（お持ちいただくもの）		●			●	「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。
10	通知文（下段）		●			●	
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	カスタマーバーコード		●			●	

窓空宛名

葬祭費の勧奨について

あなたの世帯の、以下の死亡の届け出について、葬祭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。

被保険者記号・番号

資格喪失年月日	被保険者氏名

- *お持ちいただくもの
- 当通知書
 - 葬祭を執り行ったことを証明する書類
 - 葬祭を行った者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	27 葬祭費の勸奨について
		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	(引括用番号) 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	資格喪失年月日		●			●	
8	被保険者氏名	和暦表記	●			●	
9	通知文（お持ちいただくもの）		●			●	「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。
10	通知文（下段）		●			●	
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	カスタマーバーコード		●			●	

窓空宛名

(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

発行日：年 月 日

被保険者記号・番号：医療機関番号：

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 貸付額 差引支払額

〇〇市長

〇〇 〇〇

印

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出来ます。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求が経たれた後でないと、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判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、裁判を経なくても提起できます。この訴えは裁判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、裁判の日から1年を経過する訴えを提起できません。

1

表紙	給付	帳票名称 用紙サイズ	28 支給決定通知書（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。 印字位置については郵便局指定の位置とする。
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	発行日	和暦表記	●			●	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	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	●			●	
8	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か、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。
9	ページ番号	（引抜用番号）	●			●	
10	役職名		●			●	
11	官長名		●			●	
12	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。
13	通知文（2ページ目）		●			●	
14	支給額		●			●	
15	支給決定日	和暦表記	●			●	
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。

表紙	給付	帳票名称 用紙サイズ	28 支給決定通知書（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
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たとされており、当該高額療養費の支給は口座振替により、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県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。
23	内訳			●		●	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	※医療機関に対する支給決定通知である場合、該当の世帯の被保険者番号を併せて表示できること		●		●	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	実付額			●		●	
29	充当額			●		●	
30	差引支払額			●		●	
31	療養費種別名称			●			
32	診療年月	和暦表記		●			
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	打ち出し形式（例）入院 or 外来		●			
37	診療日数			●			
38	自己負担額			●			
39	自己負担限度額			●			
40	通知文（3ページ目）		●			●	
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		●			●	

窓空宛名

(お問い合わせ先)
〒0000-0000
〇〇市〇〇町1丁目2番3号
国保課
電話番号 000-0000-0000

発行日：年 月 日

被保険者記号・番号：
医療機関番号：

不支給決定通知書

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

〇〇市長
〇〇 〇〇

印

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ず。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求が経たれた後でないと、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判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、裁判を経なくても提起できます。この訴えは裁判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、裁判の日から1年を経過する訴えを提起できません。

1

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	29 不支給決定通知書（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。 印字位置については郵便局指定の位置とする。
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	発行日	和暦表記	●			●	
7	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。
8	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。
9	ページ番号	（引抜用番号）	●			●	
10	役職名		●			●	
11	署名名		●			●	
12	公印			●		●	不支給決定通知（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。
13	通知文（2ページ目）		●			●	印字が必要な団体においては実装必須とする。
14	不支給額			●		●	不支給決定通知書は支給申請を受け付けた後、何らかの理由により給付することを取り止めた場合に被保険者へ通知することとなり、支給金額を算出しない状況も考えられることから、不支給額の印字については、標準オプションとする。
15	不支給決定日	和暦表記	●			●	
16	不支給理由		●			●	
17	内訳 申請年月日			●		●	不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。
18	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。
19	給付対象者氏名	※医療機関に対する支給決定通知である場合、該当の世帯の被保険者番号を併せて表示できること		●		●	
20	支給額			●		●	
21	支給済額			●		●	
22	交付額			●		●	
23	差引支払額			●		●	
24	療養費種別名称			●			
25	診療年月			●			
26	給付種別	和暦表記		●			
27	通知文（3ページ目）		●			●	
28	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
29	問い合わせ先 住所		●			●	
30	問い合わせ先 課名		●			●	
31	問い合わせ先 電話番号		●			●	
32	カスタマーバーコード		●			●	

窓空宛名

省令第5条第128号関係
適合基準日：令和8年4月1日

発行日：年 月 日
保険者名：

〇〇 市長
〇〇 〇〇



国民健康保険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。

被保険者記号・番号			世帯主氏名					
金額		円		差引支払額		円		
支給決定日		年 月 日		振込期日		年 月 日		
金融機関								
診療年月	療養を受けた 被保険者氏名	医療機関等名		費用額	自己負担額	支給額	差引支払額	入外

「支給額」とは、診療年月単位に、その月に発生した高額療養費を、各診療明細ごとに按分した後の金額です。
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。

〈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	30 国民健康保険高額療養費支給決定通知書
		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			●		●	支給決定通知書に同封して送る運用の場合等、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	保険者名	当該帳票を発行する保険者名	●			●	
7	役職名		●			●	
8	首長名		●			●	
9	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美装必須とする。
10	通知文（上段）		●			●	
11	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。
12	世帯主氏名		●			●	
13	金額		●			●	
14	差引支払額		●			●	
15	支給決定日	和暦表記	●			●	
16	支払年月日	和暦表記	●			●	
17	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。
23	内訳	診療年月				●	
24		診療を受けた被保険者氏名	●			●	
25		医療機関名	●			●	
26		費用額	●			●	
27		自己負担額	●			●	
28		支給額	●			●	
29		入外区分名称	●			●	
30	通知文（下段）	打ち出し形式（例）入院 or 外来	●			●	
31	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
32	問い合わせ先 住所		●			●	

表紙	給付	帳票名称	30 国民健康保険高額療養費支給決定通知書
		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
33	問い合わせ先 課名		●			●	
34	問い合わせ先 電話番号		●			●	
35	カスタマーバーコード			●		●	支給決定通知書に同封して送る運用の場合等、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。

帳票詳細要件 国民健康保険システム

集約	収納管理	帳票名称 用紙サイズ	01 納付書1（カク公）（eL-QRあり） 不定形用紙
----	------	---------------	--------------------------------

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	課年度	和暦表記	●			●	
2	納付金額合計		●			●	
3	納付書管理番号		●			●	
4	確認番号		●			●	
5	納付区分		●			●	
6	通知書番号		●			●	
7	帳票用期月	①全期前納の場合、“全期” ②通番単位で出力の場合、“99期” ③上記以外の場合、期別 + 期	●			●	
8	納期限和暦	和暦表記	●			●	eL/MX対応に伴うレイアウト見直しのため、必須項目とし、帳票レイアウト表示も見直し
9	QR		●			●	
10	コンビニコード	コンビニ納付の上限額を超過する場合、 「この納付書は、高額なためコンビニでは納付できません。」を表示	●			●	
11	コンビニQR		●			●	
12	納付者氏名	和暦表記	●			●	
13	対象年度		●			●	
14	窓空宛郵便番号		●			●	
15	窓空宛名住所		●			●	
16	窓空宛名氏名		●			●	
17	窓空宛名被保険者名		●			●	送付先が納付義務者以外となる場合を考慮し、納付義務者氏名を表示できることを実装必須機能とする。
18	窓空宛名擬制世帯文言	擬制世帯主に対して、宛名内に「被保険者でない世帯主」等擬制世帯主であることがわかる文言を表示		●			
19	カスタマバコード		●			●	
20	出力連番	（引抜用番号）	●			●	
21	発行年月日	和暦表記	●			●	
22	役職名		●			●	
23	官長名		●			●	
24	公印		●			●	
25	問い合わせ先 郵便番号		●			●	
26	問い合わせ先 住所		●			●	
27	問い合わせ先 課名		●			●	
28	問い合わせ先 電話番号		●			●	
29	納付金額	①全期前納の場合、各期別調定額を合算した金額 ②通番単位で出力の場合、各期別調定額を合算した金額 - 各期別収納額を合算した金額 ③上記以外の場合、期別調定額 - 期別収納額	●			●	
30	延滞金収納額			●			
31	被保険者番号			●			
32	備考 1	設定された文言を印字する （印字例） 取扱期限、支払期限	●			●	
33	編集 1	設定された項目を印字する （想定される印字項目） 取扱期限日、支払期限日	●			●	
34	督促手数料	①通番単位で出力の場合、各督促手数料を合算した金額 ②上記以外の場合、期別督促手数料	●			●	
35	延滞金	①通番単位で出力の場合、各期別延滞金を合算した金額 ②上記以外の場合、期別延滞金額	●			●	
36	報奨金						
37	返送用登録番号			●			帳票の返送状況を管理するため、返送用登録番号を標準オプションとする。
38	eLマーク		●			●	

帳票詳細要件 国民健康保険システム

集約	収納管理	帳票名称 用紙サイズ	01 納付書1（カク公）（eL-QRあり） 不定形用紙
----	------	---------------	--------------------------------

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
39	eL番号	「eL番号」：「共通納税機関コード」-「案件特定キー」-「確認番号」-「税目料 金番号」		●		●	
40	eL-QR		●			●	
41	地方税統一QRコード		●			●	

帳票詳細要件 国民健康保険システム

業務	収納管理	帳票名称 用紙サイズ	2 払込取扱票 不定形用紙

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	郵便番号		●			●	
2	住所		●			●	
3	氏名		●			●	
4	義務者氏名	送付先が納税管理人の場合に「義務者氏名」を表示	●			●	
5	課税年度	和暦表記	●			●	
6	対象年度		●			●	
7	税目名称	和暦表記	●			●	
8	期月	①全期前納の場合、“全期” ②通番単位で出力の場合、“99期” ③上記以外の場合、期別 + “期”	●			●	
9	通知書番号		●			●	
10	納期限	和暦表記	●			●	
11	期別未納額	期別調定額 - 期別収納額	●			●	
12	延滞金	延滞金調定額 - 延滞金収納額	●			●	
13	督促手数料	督促料調定額 - 督促料収納額	●			●	
14	前納報奨金		●			●	
15	納付額	期別調定額 - 期別収納額	●			●	

省令第5条第131号関係
適合基準日：令和8年4月1日

国民健康保険料（税）口座振替開始通知

科目	全納/期別	
	義務者氏名	開始時期

葉書宛名



(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

年 月 日
〇〇市長
〇〇 〇〇

振替口座		
金融機関名		
支店名		
預金種目		口座番号
名義人		

帳票詳細要件 国民健康保険システム

集計	収納管理	帳票名称 用紙サイズ	3	口座振替開始通知
			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ない市区町村もあり、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。印字位置については郵便局指定の位置とする。
2	葉書宛名郵便番号		●			●	
3	葉書宛名住所		●			●	
4	葉書宛名氏名		●			●	
5	カスタマバコード		●			●	
6	発行日		●			●	
7	役職名	和暦表記	●			●	
8	首尾名		●			●	
9	公印		●			●	
10	科目		●			●	
11	全納/期別		●			●	
12	明細		●			●	口座番号は口座欄に出力するため、義務者氏名に変更する。
13	義務者氏名	和暦表記	●			●	
14	開始時期		●			●	被保険者に通知する情報として、口座の詳細情報を実装必須とする。
15	金融機関名		●			●	
16	支店名		●			●	
17	預金種目		●			●	
18	口座番号		●			●	
	名義人氏名		●			●	
19	被保険者番号			●			被保険者からの問い合わせ時の照会用情報とするため、通知書に被保険者番号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。
20	連番	(引抜用番号)	●				