

## (別紙4) 帳票レイアウト

資料中の文字色が黒ではないものは以下の内容を表す。

水色・・・・・・標準オプション部分

帳票レイアウト

	大項目	帳票タイトル	頁番号
後期高齢	1.共通	01. 通知書印刷用帳票 ※1	… 1
		02. 宛名シール印刷用帳票 ※1	… 2
	2.被保険者資格	被保険者証、短期証のレイアウトは広域標準システムに準拠	
	3.保険料賦課	01. 保険料額決定通知書 兼 納入通知書 兼 特別徴収開始通知書 保険料額決定（変更）通知書 兼 納入通知書 兼 特別徴収額（仮徴収）変更通知書、特別徴収中止通知書	… 3
02. 後期高齢者医療暫定保険料額決定通知書兼納入通知書		… 7	
03. 後期高齢者医療保険料口座振替開始（変更）のお知らせ ※±		… 9	
04. 後期高齢者医療保険料納付誓約書		… 10	
05. 納付書1（カク公）		… 11	
06. 連帳納付書1（カク公）		… 12	
07. 納付書2（マル公）		… 13	
08. 連帳納付書2（マル公）		… 14	
09. 後期高齢者医療特別徴収開始通知書兼納入通知書（4、6、8月開始向け）		… 15	
		簡易申告書の様式は広域標準システムに準拠	
	4.保険料収納	01. 後期高齢者医療保険料口座振替不能通知書	… 16
02. 後期高齢者医療保険料還付（充当）通知書		… 17	
03. 後期高齢者医療保険料充当通知書		… 19	
04. 後期高齢者医療保険料還付請求書		… 21	
05. 後期高齢者医療保険料還付・充当希望確認票 ※1		… 22	
06. 後期高齢者医療保険料収納状況のお知らせ ※1		… 23	
07. 後期高齢者医療保険料納付証明書		… 24	
08. 後期高齢者医療保険料口座振替済通知兼納付額証明書 ※1		… 25	
09. 後期高齢者医療保険料納付額証明書		… 26	
10. 後期高齢者医療保険料完納証明書		… 27	
	5.滞納管理	01. 後期高齢者医療保険料督促状	… 28
02. 後期高齢者医療保険料催告書		… 29	
03. 後期高齢者医療保険料催告書別紙		… 30	
04. 後期高齢者医療保険料分納誓約書		… 31	
05. 後期高齢者医療保険料分納承認連絡書		… 32	
06. 督促状・催告書兼納付書1（カク公）		… 33	
07. 督促状・催告書兼納付書2（マル公）		… 34	

※1 標準オプションとしている等の理由により、業務フロー上は記載していない帳票

窓あき宛名

自治体の名称

印

帳票タイトル

帳票本文

問い合わせ先タイトル

担当部署名

〒 担当部署住所

TEL 担当部署電話番号

FAX番号 担当部署FAX番号

メール 担当部署メール

不服の申立タイトル

不服の申立本文  
担当部署名  
担当自治体名

〒 担当部署郵便番号 担当部署住所

TEL 担当部署電話番号

郵便番号

住所

方書

氏名

対象者氏名

|||||  
(対象者番号)

郵便番号

住所

方書

氏名

対象者氏名

|||||  
(対象者番号)

郵便番号

住所

方書

氏名

対象者氏名

|||||  
(対象者番号)

郵便番号

住所

方書

氏名

対象者氏名

|||||  
(対象者番号)

郵便番号

住所

方書

氏名

対象者氏名

|||||  
(対象者番号)

郵便番号

住所

方書

氏名

対象者氏名

|||||  
(対象者番号)

郵便番号

住所

方書

氏名

対象者氏名

|||||  
(対象者番号)

郵便番号

住所

方書

氏名

対象者氏名

|||||  
(対象者番号)

郵便番号

住所

方書

氏名

対象者氏名

|||||  
(対象者番号)

郵便番号

住所

方書

氏名

対象者氏名

|||||  
(対象者番号)

郵便番号

住所

方書

氏名

対象者氏名

|||||  
(対象者番号)

郵便番号

住所

方書

氏名

対象者氏名

|||||  
(対象者番号)

郵便番号

住所

方書

氏名

対象者氏名

|||||  
(対象者番号)

郵便番号

住所

方書

氏名

対象者氏名

|||||  
(対象者番号)

通知書番号  
発行年月日

窓あき宛名

広域連合の名称 印

タイトル1 相当年度

案内文1 相当年度

被保険者氏名		被保険者番号	
性別		生年月日	
住所			
決定年月日		保険料額	円
決定（変更）理由			

案内文2 広域連合 都道府県

算定基礎タイトル

区分	①賦課のもととなる所得金額	②所得割率	③所得割額 (①×②)	④均等割額	⑤算出額 (③+④)	⑥限度額を超える額	
区分	⑦所得割軽減額	均等割軽減割合	⑧均等割軽減額	⑨年間保険料額 (⑤-⑥-⑦-⑧)	月数	⑩月割減額	⑪保険料額※ (⑨+⑬-⑩-⑭)

保険料の  
端数処理

案内文3

区分	⑪均等割額	均等割軽減割合	⑫均等割軽減額	⑬年間保険料額 (⑪-⑫)	月数	⑭月割減額

タイトル2 相当年度

自治体の名称 印

案内文4 相当年度

決定(変更)理由	
徴収決定年月日	
自治体別保険料額タイトル	円
納付方法タイトル1	
納付方法	
特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	
備考 (固定文言1)	固定文言3 + 編集2

期別・月		【期別保険料額】		納期限
		区分1	区分2	
		普通徴収	特別徴収	
普1	4月			
普2	5月			
普3	6月			
普4	7月			
普5	8月			
普6	9月			
普7	10月			
普8	11月			
普9	12月			
普10	1月			
普11	2月			
普12	3月			
普徴期13				
普徴期14				
合計額				P. ページ数 / 総ページ数



タイトル1 相当年度

通知書番号 発行年月日

窓あき宛名

案内文1 相当年度

被保険者氏名

被保険者番号

性別 生年月日

住所

決定年月日 保険料額 円

決定(変更)理由

広域連合の名称 印

案内文2 広域連合 都道府県

算定基礎タイトル

区分	①賦課のもととなる所得金額	②所得割率	③所得割額(①×②)	④均等割額	⑤算出額(③+④)	⑥限度額を超える額	⑦所得割軽減額	均等割軽減割合	⑧均等割軽減額	⑨年間保険料額(⑤-⑥-⑦-⑧)	月数	⑩月割減額	⑮保険料額 ※(⑨+⑬-⑩-⑭)

案内文3

区分	⑪均等割額	均等割軽減割合	⑫均等割軽減額	⑬年間保険料額(⑪-⑫)	月数	⑭月割減額	保険料の端数処理

タイトル2 相当年度

徴収決定年月日 自治体別保険料額タイトル 円

案内文4 相当年度

自治体の名称 印

決定(変更)理由

納付方法タイトル1

	納付方法タイトル2	納付方法タイトル3
納付方法		
特別徴収義務者		
特別徴収対象年金		
備考(固定文言1)	固定文言2+編集1	固定文言3+編集2

特別徴収期割額タイトル

区分	1期(4月)	2期(6月)	3期(8月)	4期(10月)	5期(12月)	6期(2月)	特徴合計タイトル

単位(円)

案内文5

普通徴収期割額タイトル

区分	普徴期1	普徴期2	普徴期3	普徴期4	普徴期5	普徴期6	普徴期7	普徴期8	普徴期9	普徴期10	普徴期11	普徴期12	普徴期13	普徴期14	普徴合計タイトル
納期限															

単位(円)

案内文7

案内文8 P. ページ数 / 総ページ数

案内文9

問い合わせ先  
 担当部署名  
 〒 担当部署住所  
 TEL 担当部署電話番号 担当部署FAX番号 担当部署メール

説明文 1

説明文 2



通知書番号  
発行年月日

窓あき宛名

広域連合の名称 印

タイトル1

案内文1 相当年度

被保険者氏名		被保険者番号	
決定年月日		決定理由	
暫定保険料額			円

算定基礎タイトル

前年度保険料額		暫定保険料額
	$\times \frac{\text{暫定期数}}{\text{年間期数}}$	

案内文2

タイトル2 相当年度

自治体の名称 印

案内文3 相当年度

決定理由	
徴収決定年月日	
自治体別保険料額タイトル	円
納付方法タイトル1	
納付方法	
備考 (固定文言1)	固定文言2 + 編集1

【期別保険料額】

期別・月	決定した保険料額		納期限
	普通徴収		
普1 4月			
普2 5月			
普3 6月			
合計額			

案内文4

問い合わせ先

担当部署名

〒担当部署住所

TEL 担当部署電話番号

担当部署FAX番号

担当部署メール



文書番号  
発行年月日

窓あき宛名

自治体の名称 印

タイトル

案内文

被保険者氏名		被保険者番号	
--------	--	--------	--

口座振替開始年月	口座振替開始年月	振替開始期別		
	補足説明文1			
振替口座	金融機関	金融機関名		
		金融機関支店名		
	口座種目		口座番号	
	口座名義人			

補足説明文2

問い合わせ先  
担当部署名  
〒 担当部署住所  
TEL 担当部署電話番号 担当部署FAX番号 担当部署メール

発行年月日

窓あき宛名

表タイトル

タイトル

自治体の名称殿

記入日： 年 月 日  
 (〒 \_\_\_\_\_ )  
 住所 \_\_\_\_\_  
 フリガナ \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

固定文言 1

被保険者氏名	
被保険者番号	

申請理由	固定文言 2
内 容	(その他の場合記入して下さい)
備考 1 (固定文言 3)	固定文言 4

納付誓約日： 納付誓約日

相当年度	賦課年度	期別番号	誓約期限日	徴収額	備考 2 (固定文言 5) 固定文言 6 + 編集 1
徴収合計額					

P. ページ数 / 総ページ数

問い合わせ先

担当部署名  
 〒 担当部署住所  
 TEL 担当部署電話番号 担当部署FAX番号 担当部署メール

<納付書1(カク公)>

**77** ○○県○○市  
賦課年度 年度 後期高齢者医療保険料 納入済通知書 通常払込料金加入者負担

加入者名	○○市 会計管理者	口座番号	01234-5-678901	納付合計金額	円
収納機関番号		納付番号		確認番号	納付区分
相当年度		期別	通知書番号	取扱期限	年月日

**34**

収納用

コンビニ

QRコード

収納代行 ○○サービス  
(ご注意) 金額を訂正した場合、この納付書では納付できません。

被保険者氏名

領収日付印

取りまとめ金融機関・○○銀行○○支店  
(○○市/コンビニ本部保管)

○○県○○市  
賦課年度 年度 後期高齢者医療保険料  
原符兼払込金受領証

加入者名	○○市 会計管理者
口座番号	01234-5-678901
納付合計金額	円
取扱期限	年月日
被保険者氏名	
納付番号	
確認番号	
年度	<small>賦課年度</small> / <small>相当年度</small>
科目	後期高齢者医療保険料
通知書番号	期別

○○県  
○○市

コンビニ収納代行  
○○サービス

領収日付印

賦課年度 年度 後期高齢者医療保険料

窓あき宛名

発行年月日

自治体の名称

印

○○市

〒000-0000 ○○市1丁目2番3号

電話番号000-000-0000

○コンビニエンスストアで納付する方へ  
ご利用は、期別ごとの納付額30万円まで可能です。納付額の訂正はできません。  
○この用紙は、直接機械により処理しますので、汚したり折り曲げたりしないでください。  
○この領収証書は大切に保管してください。  
○裏面もご覧ください。

領収証書

被保険者氏名	
被保険者番号	備考5 編集5
年度	<small>賦課年度</small> / <small>相当年度</small>
科目	後期高齢者医療保険料
通知書番号	
期別	
納付番号	
確認番号	納付区分
納付金額	
延滞金	
備考1	編集1
備考2	編集2
備考3	編集3
備考4	編集4

※取扱期限とは、コンビニエンスストアでの使用可能期限です。

本書の金額を  
領収いたしました。  
○○市収納金融機関

領収日付印

ゆうちょ銀行・郵便局で納付された場合は、この領収証書に代えて払込金受領証が交付されます。

収入印紙不要  
(納付者保管)

- ・ 帳票詳細要件に項目の定義が無いものは、自治体に応じた内容でプレ印字されることを前提とする。
- ・ ペイジーマークは利用しない場合はプレ印字しない。

<b>&lt;連帳納付書1(カク公)&gt;</b> <span style="float: left;">77</span> <span style="float: right;">通常払込料金加入者負担</span>											
○○県○○市 賦課年度 年度 後期高齢者医療保険料 納入済通知書											
加入者名	○○市 会計管理者	口座 番号	01234-5-678901		納付合計 金額	円					
収納機 関 番号		納付 番号		確認 番号		納付 区分					
相当年度		期別		通知書 番号		取扱 期限	年 月 日				
<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">34</span>											
収納用 コンビニ	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           QRコード         </div>										<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">             領収日付印           </div>
	収納代行 ○○サービス <small>(ご注意) 金額を訂正した場合、この納付書では納付できません。</small>										<small>取りまとめ金融機関・○○銀行○○支店 (○○市/コンビニ本部保管)</small>
被 保 者 氏 名											

  

○○県○○市 賦課年度 年度 後期高齢者医療保険料 原符兼払込金受領証											
加入者名	○○市 会計管理者										
口座番号	01234-5-678901										
納付合計 金額	円										
取扱期限	年 月 日										
被保険者氏名											
納付番号											
確認番号		納付 区分									
年 度	賦課年度	相当年度									
科 目	後期高齢者医療保険料										
通知書番号		期別									
○○県 ○○市						領収日付印					
<small>コンビニ収納代行 ○○サービス</small>						<small>収入印紙不要 (納付者保管)</small>					

  

<b>領収証書</b>	
被保険者氏名	
被保険者番号	備考5 編集5
年度	賦課年度 相当年度
科目	後期高齢者医療保険料
通知書番号	
期別	
納付番号	
確認番号	納付区分
納付金額	
延滞金	
備考1	編集1
備考2	編集2
備考3	編集3
備考4	編集4
<small>※取扱期限とは、コンビニエンスストアでの使用可能期限です。</small>	
<b>領収日付印</b> ゆうちょ銀行・郵便局で納付された場合は、この領収証書に代えて払込金受領証が交付されます。	

- ・帳票詳細要件に項目の定義が無いものは、自治体に応じた内容でプレ印字されることを前提とする。
- ・ページマークは利用しない場合はプレ印字しない。

<納付書2(マル公)>  
 ○○県○○市  
 賦課年度 年度 後期高齢者医療保険料 納入済通知書 通常払込料金 加入者負担

加入者名	○○市 会計管理者	口座番号	01234-5-678901	金額		
賦課年度	相当年度	通知書番号	期別			
被保険者番号	納期限	年月日	取扱期限	年月日		

33

督促手数料	延滞金	合計
□□□□ 円	□□□□□□□□ 円	□□□□□□□□□□ 円

被保険者氏名

取納用コンビニ

QRコード

領収日付印

01234-5-678901 ○○市会計管理者

賦課年度 年度 後期高齢者医療保険料 原符兼払込金受領証

被保険者氏名

賦課年度	相当年度
通知書番号	
期別	被保険者番号
納期限	年月日
金額	
延滞金	
備考1	編集1
備考2	編集2
備考3	編集3

ゆうちょ銀行・郵便局でお支払いの場合、左側の2票のみお出しください。  
 X 切り取らないでお出ください。

窓あき宛名

発行年月日 自治体の名称 印

○○市  
 〒000-0000 ○○市1丁目2番3号  
 電話番号000-000-0000

○コンビニエンスストアで納付する方へ  
 ご利用は、期別ごとの納付額30万円まで可能です。納付額の訂正はできません。  
 ○この用紙は、直接機械により処理しますので、汚したり折り曲げたりしないでください。  
 ○この領収証書は大切に保管してください。  
 ○裏面もご覧ください。

### 領収証書

被保険者氏名

賦課年度	
相当年度	
科目	後期高齢者医療保険料
通知書番号	
被保険者番号	備考4 編集4
期別	
納期限	年月日

金額	
延滞金	
備考5	編集5
備考6	編集6
備考7	編集7

領収日付印

本書の金額を  
 領収いたしました。  
 ○○市収納金融機関

ゆうちょ銀行・郵便局で納付された場合は、この領収証書に代えて払込金受領証が交付されます。

コンビニ収納代行 ○○サービス 収入印紙不要

取納代行 ○○サービス (金融機関/コンビニ店舗保管) 領収者保管

(ご注意) 金額を訂正した場合、この納付書では納付できません。

取りまとめ金融機関・○○銀行○○支店 取りまとめ店 〒XXX-XXX 株式会社○○証券センター 取納代行 ○○サービス (金融機関/コンビニ店舗保管)

・帳票詳細要件に項目の定義が無いものは、自治体に応じた内容でプレ印字されることを前提とする。

<連帳納付書2(マル公)>  
 ○○県○○市  
 賦課年度 年度 後期高齢者医療保険料 納入済通知書 通常払込料金加入者負担  
 01234-5-678901 金額 円  
 加入者名 会計管理者 口座番号 12345678901234567890  
 賦課年度 相当年度 通知書番号 期別  
 被保険者番号 納期限 年月日 取扱期限 年月日  
 33  
 督促手数料 延滞金 合計 円  
 被保険者氏名  
 収納用コンビニ  
 QRコード  
 領収日付印  
 (ご注意) 金額を訂正した場合、この納付書では納付できません。  
取りまとめ金融機関・○○銀行○○支店 取りまとめ店 〒XXX-XXX ゆうちょ銀行○○貯金事務センター 収納代行・○○サービス (○○市/コンビニ本部保管)

01234-5-678901 ○○市会計管理者  
 ○○県○○市  
 賦課年度 年度 後期高齢者医療保険料 原簿兼払込金受領証  
 被保険者氏名  
 賦課年度 相当年度  
 通知書番号  
 期別 被保険者番号  
 納期限 年月日  
 金額  
 延滞金  
 備考1 編集1  
 備考2 編集2  
 備考3 編集3  
 被保険者氏名  
 賦課年度  
 相当年度  
 科目 後期高齢者医療保険料  
 通知書番号  
 被保険者番号 備考4 編集4  
 期別  
 納期限 年月日  
 金額  
 延滞金  
 備考5 編集5  
 備考6 編集6  
 備考7 編集7  
 領収日付印  
 ゆうちょ銀行・郵便局で納付された場合は、この領収証書に代えて払込金受領証が交付されます。  
 収入印紙不要  
収納代行・○○サービス (納付者保管)

・帳票詳細要件に項目の定義が無いものは、自治体に応じた内容でプレ印字されることを前提とする。



通知書番号  
発行年月日

窓あき宛名

広域連合の名称 印

タイトル1

案内文1 相当年度

被保険者氏名		被保険者番号	
性別		生年月日	
住所			
決定年月日		決定理由	
仮徴収額合計			円

案内文2

タイトル2 相当年度

自治体の名称 印

案内文3 相当年度

納付方法タイトル

納付方法	
特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	

【期別保険料額】

年金支払月	特別徴収される保険料額
4月	
6月	
8月	
仮徴収額合計	

案内文4

問い合わせ先

担当部署名  
〒 担当部署住所  
TEL 担当部署電話番号 担当部署 FAX 番号 担当部署メール

教示文  
不服申立先担当部署名  
不服申立先担当自治体名

〒 不服申立先担当部署郵便番号 不服申立先担当部署住所  
TEL 不服申立先担当部署電話番号

窓あき宛名

自治体の名称

印

タイトル 相当年度

案内文

通知書文言

金融機関名 金融機関支店名			
預金種目		口座番号 口座名義人	
被保険者氏名		被保険者番号	

1 振替不能の保険料額

相当年度 年度 期別番号 (賦課年度 年度 賦課分)	金額	円
振替できなかった理由		
備考 (固定文言 1)	固定文言 2 + 編集 1	

補足説明タイトル

補足説明文

延滞金加算率

納期限名称	納期限
-------	-----

問い合わせ先

担当部署名

〒 担当部署住所

TEL 担当部署電話番号

担当部署 FAX 番号

担当部署メール

窓あき宛名

自治体の名称

印

タイトル

案内文

還付管理番号			
被保険者氏名		被保険者番号	

還付する金額

納め過ぎた金額（過誤納金）の内訳

過誤納金算出年度 (相当年度： 年度)	期別	特別徴収	普通徴収	延滞金	納めた金額 過誤納金額	領収年月日 発生理由	備考1 (固定文言1)
納め過ぎた金額（過誤納金額） a							固定文言2 + 編集1
充当金額 b							
還付加算金 c							
<b>お返しする金額（還付金額） a-b+c</b>							

充当金額の内訳

相当年度	賦課年度	期別	保険料未済額	保険料充当額	延滞金未済額	延滞金充当額	備考2（固定文言3）
							固定文言4 + 編集2

還付金の受け取り方法

補足説明文1

金融機関名		支店名		備考3	編集3
種目	口座番号	口座名義人			

補足説明文2

問い合わせ先

担当部署名

〒 担当部署住所

TEL 担当部署電話番号

担当部署 FAX 番号

担当部署メール

教示文

不服申立先担当部署名

不服申立先担当自治体名

〒 不服申立先担当部署郵便番号 不服申立先担当部署住所

TEL 不服申立先担当部署電話番号

還付管理番号			
被保険者氏名		被保険者番号	

納め過ぎた金額（過誤納金）の内訳

期 別	特別徴収	普通徴収	延滞金	納めた金額 過誤納金額	領収年月日 発生理由	備考 1 (固定文言 1)
						固定文言 2 + 編集 1

充当金額の内訳

相当 年度	賦課 年度	期別	保険料未済額	保険料充当額	延滞金未済額	延滞金充当額	備考 2 (固定文言 3)
							固定文言 4 + 編集 2

窓あき宛名

自治体の名称

印

タイトル

案内文

被保険者氏名 被保険者番号

期別	特別徴収	普通徴収	延滞金	納めた金額 過誤納金額	領収年月日 発生理由	備考1 (固定文言1)
納め過ぎた金額（過誤納金）の内訳						
過誤納金算出年度 (相当年度： 年度)						
納め過ぎた金額(過誤納金額) a						固定文言2+編集1
還付加算金 b						
充当金額 a + b						

相当年度	賦課年度	期別	保険料未済額	保険料充当額	延滞金未済額	延滞金充当額	備考2 (固定文言3)
充当金額の内訳							
							固定文言4+編集2

補足説明タイトル  
補足説明文

問い合わせ先  
担当部署名  
〒 担当部署住所  
TEL 担当部署電話番号 担当部署FAX番号 担当部署メール

教示文  
不服申立先担当部署名  
不服申立先担当自治体名

〒 不服申立先担当部署郵便番号 不服申立先担当部署住所  
TEL 不服申立先担当部署電話番号

# タイトル

被保険者氏名	被保険者番号
--------	--------

### 納め過ぎた金額（過誤納金）の内訳

期別	特別徴収	普通徴収	延滞金	納めた金額 過誤納金額	領収年月日 発生理由	備考1 (固定文言1)
						固定文言2 + 編集1

### 充当金額の内訳

相当年度	賦課年度	期別	保険料未済額	保険料充当額	延滞金未済額	延滞金充当額	備考2（固定文言3）
							固定文言4 + 編集2

タイトル

請求日： 年 月 日

自治体の名称 長 様

案内文 1

被保険者氏名												
被保険者番号												
個人番号												還付 管理番号
住 所												
備考 1 (固定文言 1)	編集 1	備考 2 (固定文言 2)	固定文言 3 + 編集 2									
案内文 2												

(請求者)

氏 名 \_\_\_\_\_

被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

固定文言 4

振 込 先	金融機関名										<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 信用組合											
											<input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 共同組合											
											<input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]												
	支店名										<input type="checkbox"/> 本店	<input type="checkbox"/> 支店											
										<input type="checkbox"/> 出張所													
										<input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]													
金融機関コード											支店コード												
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座											口座番号										
		<input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]											右づめで記入してください										
口座名義人 (カタカナ)																							

※還付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、  
 公金受取口座を利用します。 「 公金受取口座を利用します」のチェックボックスにチェックすること。  
 ※公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要であること。

※口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字とし、姓と名の間は1字あけてください。

固定文言 5

発行年月日

窓あき宛名

タイトル

案内文

被保険者氏名		被保険者番号	
--------	--	--------	--

還付する金額 過誤納金算出年度 (相当年度： 年度)	納め過ぎた金額（過誤納金）の内訳						
	期 別	特別徴収	普通徴収	延滞金	納めた金額 過誤納金額	領収年月日 発生理由	備考 1 (固定文言 1)
							固定文言 2 + 編集 1
納め過ぎた金額（過誤納金額）							

金融機関名		支店名	
種 目	口座番号	口座名義人	

補足説明文

問い合わせ先

担当部署名

〒 担当部署住所

TEL 担当部署電話番号

担当部署 FAX 番号

担当部署メール



発行年月日

タイトル

被保険者氏名 被保険者番号

案内文

相当年度	賦課年度	期別	納期限	保険料	延滞金	未済額計	備考（固定文言1）
							固定文言2 + 編集1
合 計							固定文言3 + 編集2

補足説明文 基準日

P. ページ数 / 総ページ数

窓あき宛名

タイトル

被保険者氏名	
被保険者住所	

年 度	表見出し 1 金額タイトル	表見出し 2 金額タイトル	表見出し 3 金額タイトル	備 考
	納付済額 (内非課税年金額 1) 未納額 (内非課税年金額 2) 納期到来未納額	納付済額 (内非課税年金額 1) 未納額 (内非課税年金額 2)	納付済額 未納額 納期到来未納額	滞納有無
合 計	納付済額 (内非課税年金額 1) 未納額 (内非課税年金額 2) 納期到来未納額	納付済額 (内非課税年金額 1) 未納額 (内非課税年金額 2)	納付済額 未納額 納期到来未納額	

固定文言 1

案内文 1

発行年月日

自治体の名称

問い合わせ先

担当部署名

印

〒 担当部署住所

TEL 担当部署電話番号

担当部署 FAX 番号

担当部署メール



文書番号

窓あき宛名
-------

タイトル
------

被保険者氏名	
被保険者住所	

案内文 1	集計開始日	集計終了日
-------	-------	-------

年 度	表見出し 1 金額タイトル	表見出し 2 金額タイトル
年度 以前分	納付済額 (納付見込額)	納付済額 (納付見込額)
年度		
合 計	納付済額合計 (納付見込額合計)	納付済額合計 (納付見込額合計)

固定文言 1
--------

案内文 2
-------

案内文 3
-------

発行年月日

自治体の名称

印

問い合わせ先

担当部署名

〒 担当部署住所

TEL 担当部署電話番号 担当部署 FAX 番号 担当部署メール

文書番号

窓あき宛名
-------

タイトル
------

被保険者氏名	
被保険者住所	

年 度	表見出し1 金額タイトル	表見出し2 金額タイトル	表見出し3 金額タイトル	備 考
	固定文言 1			
合 計				

案内文 1
-------

発行年月日

自治体の名称

印

問い合わせ先

担当部署名

〒 担当部署住所

TEL 担当部署電話番号

担当部署 FAX 番号

担当部署メール

文書番号  
発行年月日

窓あき宛名

自治体の名称

印

タイトル相当年度

案内文  
基準日 指定納期限 自治体名

被保険者氏名						
被保険者番号						
通知書番号						
相当年度年度 (賦課年度年度賦課分)	期別	保険料	円	納期限		
備考 (固定文言1)	固定文言2 + 編集1					

補足説明文

問い合わせ先

担当部署名  
〒 担当部署住所  
TEL 担当部署電話番号 担当部署 FAX 番号 担当部署メール

教示文  
不服申立先担当部署名  
不服申立先担当自治体名

〒 不服申立先担当部署郵便番号 不服申立先担当部署住所  
TEL 不服申立先担当部署電話番号

文書番号  
発行年月日

窓あき宛名

自治体の名称

印

タイトル

案内文  
基準日 指定納期限 自治体名

被保険者氏名						
被保険者番号						
通知書番号						
保険料合計		円	備考 1		固定文言 2 + 編集 1	
総 合 計		円	(固定文言 1)			
詳 細						
P. ページ数 / 総ページ数						
相当年度	賦課年度	期別	納期限	保険料	合計	
					備考 2 (固定文言 3)	
					固定文言 4 + 編集 2	

補足説明文  
基準日

問い合わせ先  
担当部署名  
〒 担当部署住所  
TEL 担当部署電話番号 担当部署 FAX 番号 担当部署メール





発行年月日

窓あき宛名

表タイトル

タイトル

記入日： 年 月 日

自治体の名称

(〒 - )

住所

フリガナ

氏名

電話番号

固定文言 1

被保険者氏名	
被保険者番号	
備考 1 (固定文言 2)	固定文言 3 + 編集 1

申請理由	固定文言 4
内容	(その他の場合記入して下さい)
備考 2 (固定文言 5)	固定文言 6

分納計画

分納誓約日：分納誓約日

分納期別	徴収期限	徴収額	相当年度	賦課年度	元普徴期別	保険料	備考 3 (固定文言 7) 固定文言 8 + 編集 2
徴収合計額							

P. ページ数 / 総ページ数

問い合わせ先

担当部署名

〒 担当部署住所

TEL 担当部署電話番号

担当部署 FAX 番号

担当部署メール

窓あき宛名

文書番号  
発行年月日

自治体の名称

印

タイトル

案内文

被保険者氏名		被保険者番号	
分納承認年月日			

分納計画

分納期別	徴収期限	徴収額	相当年度	賦課年度	元普徴期別	保険料	備考(固定文言1)
							固定文言2+編集1
徴収合計額							

P. ページ数 / 総ページ数

問い合わせ先

担当部署名

〒 担当部署住所

TEL 担当部署電話番号

担当部署 FAX 番号

担当部署メール

<督促状・催告書兼納付書1(カク公)>									
77	〇〇県〇〇市	賦課年度 年度 後期高齢者医療保険料 納入済通知書			通常払込料金 加入者負担				
加入者名	〇〇市 会計管理者	口座 番号	01234-5-678901		納付合計 金額	円			
収納機 関 番号		納付 番号		確認 番号		納付 区分			
相当年度		期別		通知書 番号		取扱 期限	年 月 日		
▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼									
▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲									
督促 手数料	□□□	延滞金	□□□□□□□□	合計	円				
被保険者 氏名									
収 納 用 ビ ニ					QRコード	領収日付印			
	(ご注意) 金額を訂正した場合、この納付書では納付できません。								
<small>取りまとめ金融機関・〇〇銀行〇〇支店〇〇市/コンビニ本部保管</small>									

  

〇〇県〇〇市 <small>【賦課年度】年度 後期高齢者医療保険料 原符兼払込金受領証</small>	
加入者名	〇〇市 会計管理者
口座番号	01234-5-678901
納付合計 金額	円
取扱期限	年 月 日
被保険者氏名	
納付番号	
確認番号	
年 度	賦課年度 相当年度
科 目	後期高齢者医療保険料
通知書番号	期別

  

〇〇県 〇〇市  <small>コンビニ収納代行 〇〇サービス</small>	領収日付印
--	-------

  

〇〇市 〒000-0000 〇〇市1丁目2番3号 電話番号000-000-0000	発行年月日
---	-------

  

窓あき宛名	自治体の名称
-------	--------

  

〇〇市 〒000-0000 〇〇市1丁目2番3号 電話番号000-000-0000	印
---	---

  

〇〇市 〒000-0000 〇〇市1丁目2番3号 電話番号000-000-0000	
<small>○コンビニエンスストアで納付する方へ ご利用は、期別ごとの納付額30万円まで可能です。納付額の訂正はできません。 ○この用紙は、直接機械により処理しますので、汚したり折り曲げたりしないでください。 ○この領収証書は大切に保管してください。 ○裏面もご覧ください。</small>	

  

固定文言 案内文	
被保険者氏名	
被保険者番号	備考5 編集5
年 度	賦課年度 相当年度
科 目	後期高齢者医療保険料
通知書番号	
期 別	
納付番号	
確認番号	納付区分
納付金額	
延滞金	
備考1	編集1
備考2	編集2
備考3	編集3
備考4	編集4

  

本書の金額を 領収いたしました。 〇〇市収納金融機関	領収日付印
<small>ゆうちょ銀行・郵便局で納付された場合は、この領収証書に代えて払込金受領証が交付されます。</small>	<small>収入印紙不要 (納付者保管)</small>

- ・帳票詳細要件に項目の定義が無いものは、自治体に応じた内容でプレ印字されることを前提とする。
- ・ペイジーマークは利用しない場合はプレ印字しない。

<督促状・催告書兼納付書2(マル公)>  
 ○○県○○市

賦課年度 年度 後期高齢者医療保険料 納入済通知書 通常払込料金 加入者負担

加入者名	○○市 会計管理者	口座番号	01234-5-678901	金額		円
賦課年度		相当年度		通知書番号		期別
被保険者番号		納期限	年 月 日	取扱期限		年 月 日

33

督促手数料	延滞金	合計
円	円	円

被保険者氏名

収用コンビニ

QRコード

領収日付印

01234-5-678901 ○○市会計管理者

賦課年度 年度 後期高齢者医療保険料 原符兼払込金受領証

被保険者氏名

賦課年度	相当年度
通知書番号	
期別	被保険者番号
納期限	年 月 日
金額	
延滞金	
備考1	編集1
備考2	編集2
備考3	編集3

ゆうちょ銀行・郵便局でお支払いの場合、左側の2票のみお出しください。

窓あき宛名

発行年月日

自治体の名称

印

○○市  
〒000-0000 ○○市1丁目2番3号  
電話番号000-000-0000

○コンビニエンスストアで納付する方へ  
 ご利用は、期別ごとの納付額30万円まで可能です。納付額の訂正はできません。  
 ○この用紙は、直接機械により処理しますので、汚したり折り曲げたりしないでください。  
 ○この領収証書は大切に保管してください。  
 ○裏面もご覧ください。

固定文言

案内文

被保険者氏名

賦課年度	
相当年度	
科目	後期高齢者医療保険料
通知書番号	
被保険者番号	備考4 編集4
期別	
納期限	年 月 日
金額	
延滞金	
備考5	編集5
備考6	編集6
備考7	編集7

領収日付印

本書の金額を領収いたしました。  
 ○○市収納金融機関

ゆうちょ銀行・郵便局で納付された場合は、この領収証書に代えて払込金受領証が交付されます。

コンビニ収納代行 ○○サービス 収入印紙不要

収納代行 ○○サービス (納付者保管)

取りまとめ金融機関・○○銀行○○支店  
 取りまとめ店 〒XXX-XXX ゆうちょ銀行○○貯金事務センター

収納代行 ○○サービス (金融機関/コンビニ店舗保管)

・帳票詳細要件に項目の定義が無いものは、自治体に応じた内容でプレ印字されることを前提とする。