

（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

大分類		小分類（帳票タイトル）	帳票ID(新)	帳票ID(旧)	頁番号
後期高齢	1. 共通	01. 通知書印刷用帳票 ※1	0250001	共通-01	1
		02. 宛名シール印刷用帳票 ※1	0250002	共通-02	2
	2. 被保険者資格	被保険者証、短期証の様式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 変更通知書、特別徴収中止通知書	0250003	賦課-01	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	0250004	賦課-02	7
		03. 保険料額決定通知書 兼 特別徴収仮徴収開始通知書 兼 納入 通知書 保険料額変更通知書 兼 特別徴収仮徴収変更通知書 兼 納入 通知書 保険料額変更通知書 兼 特別徴収仮徴収中止通知書 兼 納入 通知書	0250005	賦課-03	9
		04. 後期高齢者医療保険料口座振替開始（変更）のお知らせ	0250006	賦課-04	10
		05. 納付書1（カク公）	0250007	賦課-05	11
		06. 連帳納付書1（カク公）	0250008	賦課-06	12
		07. 納付書2（マル公）	0250009	賦課-07	13
		08. 連帳納付書2（マル公）	0250010	賦課-08	14
		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	0250011	収納-01	15
		02. 後期高齢者医療保険料還付（充当）通知書	0250012	収納-02	16
		03. 後期高齢者医療保険料充当通知書	0250013	収納-03	18
		04. 後期高齢者医療保険料還付請求書	0250014	収納-04	20
		05. 後期高齢者医療保険料還付・充当希望確認票 ※1	0250015	収納-05	21
		06. 後期高齢者医療保険料収納状況のお知らせ ※1	0250016	収納-06	22
		07. 後期高齢者医療保険料納付証明書	0250017	収納-07	23
		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	0250018	収納-08	24
		09. 後期高齢者医療保険料納付額証明書	0250019	収納-09	25
		10. 後期高齢者医療保険料完納証明書	0250020	収納-10	26
		11. 後期高齢者医療保険料督促状	0250021	収納-11	27
		12. 督促状・催告書兼納付書1（カク公）	0250022	収納-12	28
		13. 督促状・催告書兼納付書2（マル公）	0250023	収納-13	29
	5. 滞納管理	01. 後期高齢者医療保険料催告書	0250024	滞納-01	30
		02. 後期高齢者医療保険料催告書別紙	0250025	滞納-02	31
		03. 後期高齢者医療保険料分納誓約書	0250026	滞納-03	32
		04. 後期高齢者医療保険料分納承認連絡書	0250027	滞納-04	33
		05. 後期高齢者医療保険料納付誓約書	0250028	滞納-05	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

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

郵便番号	郵便番号
住所	住所
方書	方書
氏名	氏名
対象者氏名	対象者氏名
(対象者番号)	(対象者番号)

郵便番号	郵便番号
住所	住所
方書	方書
氏名	氏名
対象者氏名	対象者氏名
(対象者番号)	(対象者番号)

郵便番号	郵便番号
住所	住所
方書	方書
氏名	氏名
対象者氏名	対象者氏名
(対象者番号)	(対象者番号)

郵便番号	郵便番号
住所	住所
方書	方書
氏名	氏名
対象者氏名	対象者氏名
(対象者番号)	(対象者番号)

郵便番号	郵便番号
住所	住所
方書	方書
氏名	氏名
対象者氏名	対象者氏名
(対象者番号)	(対象者番号)

郵便番号	郵便番号
住所	住所
方書	方書
氏名	氏名
対象者氏名	対象者氏名
(対象者番号)	(対象者番号)

郵便番号	郵便番号
住所	住所
方書	方書
氏名	氏名
対象者氏名	対象者氏名
(対象者番号)	(対象者番号)

郵便番号	郵便番号
住所	住所
方書	方書
氏名	氏名
対象者氏名	対象者氏名
(対象者番号)	(対象者番号)

郵便番号	郵便番号
住所	住所
方書	方書
氏名	氏名
対象者氏名	対象者氏名
(対象者番号)	(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	⑮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

【期別保険料額】

期別・月		区分1		区分2		納期限
		普通徴収	特別徴収	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						
普徴期15						
合計額						

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

案内文2
広域連合 都道府県

広域連合の名称

印

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

案内文4
相当年度

自治体の名称

印

徴収決定年月日

自治体別保険料額タイトル

円

決定(変更)理由

納付方法タイトル1

特別徴収期割額タイトル								単位(円)		
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			

案内文5

普通徴収期割額タイトル																単位(円)	
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 1 0	普徴期 1 1	普徴期 1 2	普徴期 1 3	普徴期 1 4	普徴合計タイトル		
納 期 限																	

案内文6

発行年月日

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
	暫定期数 × 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

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	
区分1	仮徴収合計額1	円	区分2 仮徴収合計額2 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	
	区分3	区分4
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

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

<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

KeyEasy

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

34

収納用

コンビニ

収納代行

〇〇サービス

（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。

者被氏保名險

領収日付印

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）

〇〇県〇〇市

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

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

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

コンビニ収納代行

〇〇サービス

領収日付印

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。

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

〇〇市

〒000－0000

〇〇市1丁目2番3号

電話番号000-000-0000

〇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。

〇この用紙は、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。

〇この領収証書は大切に保管してください。

〇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

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

※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。

〇〇市収納金融機関

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。

11/34

<連帳納付書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

KeyCity

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

34

収納用

コンビニ

収納代行 〇〇サービス

（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。

者被氏保名険

QRコード

領収日付印

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）

〇〇県〇〇市

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

KeyCity

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

領収日付印

コンビニ収納代行

〇〇サービス

領収証書

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

※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。

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。

<納付書2（マル公）>
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

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

円

延滞金

円

合計

円

被保険者氏名

収用

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。

取納代行 〇〇サービス
（〇〇市／コンビニ本部保管）

取納代行 〇〇サービス
（金融機関／コンビニ店舗保管）

01234-5-678901〇〇市会計管理者

〇〇県〇〇市

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

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

〇〇県

〇〇市

領収日付印

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。

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

〇〇市

〒000－0000 〇〇市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

領収日付印

本書の金額を
領収いたしました。
〇〇市収納金融機関

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
〇〇サービス

取納代行 〇〇サービス
（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。

<連帳納付書2（マル公）>
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

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

収用ビニ

領収日付印

QRコード

(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。

取付まとめ金融機関・〇〇銀行〇〇支店
取付まとめ店 平 XXX-XXXX ゆうちょ銀行〇〇野金事務センター

収納代行 〇〇サービス
(〇〇市/コンビニ本部保管)

01234-5-678901 〇〇市会計管理者

〇〇県〇〇市

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

被保険者氏名

賦課年度

相当年度

通知書番号

期別

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

〇〇県

〇〇市

領収日付印

収納代行 〇〇サービス
(金融機関/コンビニ店舗保管)

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

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)

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。

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							
お返しする金額（還付金額） a-b+c							

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

充当金額	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
還付加算金 b							
充当金額 a + 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

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

自治体の名称

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													

固定文言 4

振 込 先	金融機関名							☐ 銀行	☐ 信用組合
								☐ 信用金庫	☐ 共同組合
								☐ そ の 他 []	
	支店名							☐ 本店	☐ 支店
								☐ 出張所	
								☐ そ の 他 []	
金融機関コード						支店コード			
預金種別		☐ 普通 ☐ 当座 ☐ そ の 他 []		口座番号 右づめで記入してください					
口座名義人 (カタカナ)									

※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

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）

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

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

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
	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

〒 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

印

文書番号

窓あき宛名

タイトル

被保険者氏名

被保険者番号

固定文言 1

集計開始日

集計終了日

案内文 1

相当年度	賦課年度	期別	振替済額	振替日	口座情報	備考 (固定文言 2)
						固定文言 3 + 編集 1

案内文 2

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

P. ページ数 / 総ページ数

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	期 別		保険料	円	納期限
(賦課年度		年度賦課分)				
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

<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

34

督促
手数料

円

延滞金

円

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。

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

〇〇県〇〇市

〇〇市 会計管理者

01234-5-678901

円

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

〇〇県
〇〇市

領収日付印

コンビニ収納代行
〇〇サービス

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。

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

〇〇市

〒000-0000 〇〇市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			
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		

※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。 〇〇市収納金融機関	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。

28/34

<督促状・催告書兼納付書2（マル公）>
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		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
-------	--	-----	--	--	--	--	--	----	--	---

被保険者氏名										
収用ビニ	QRコード									

（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・〇〇銀行〇〇支店
取りまとめ店 平 XXX-XXXX ゆうちょ銀行〇〇野金事務センター

〇〇県〇〇市
〇〇市会計管理者

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									

〇〇県
〇〇市

領収日付印

収納代行 〇〇サービス
（金融機関／コンビニ店舗保管）

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。

発行年月日自治体の名称印

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

〇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。
〇この用紙は、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。
〇この領収証書は大切に保管してください。
〇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	

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

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

コンビニ収納代行
〇〇サービス

収納代行 〇〇サービス
（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。

29/34

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 1)	固定文言 2 + 編集 1		
総 合 計		円				
P. 詳細ページ数/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

タイトル

[illegible]

補足説明文

基準日

窓あき宛名

表タイトル

タイトル

自治体の名称

住所 _____

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				

P.	ページ数	／	総ページ数
----	------	---	-------

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

33/34

