

# 令和 7 年度第 2 回四街道市国民健康保険運営協議会 次第

日 時 令和 7 年 1 1 月 1 1 日(火)

午後 1 時～

場 所 四街道市保健センター 3 階第 2 会議室

## 1. 開 会

## 2. 会長挨拶

## 3. 議題

(1) 令和 7 年度四街道市国民健康保険特別会計の決算見込みについて（報告）【資料 1】

(2) 四街道市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則について（報告）

【資料 2－1、2－2】

(3) 四街道市国民健康保険税条例施行規則の一部を改正する規則について（報告）

【資料 3－1、3－2】

## 4. その他

## 5. 閉 会

## 令和7年度国民健康保険特別会計の決算見込みについて

(単位:千円)

項 目 \ 年 度		令和7年度当初予算	令和7年度 決算見込	対前年度増減率 (令和6年度決算: 令和7年度決算見込)	対当初予算増減率 (令和7年度当初予算: 令和7年度決算見込)
①歳入	1 国民健康保険税	1,850,812	1,851,612	-1.9%	0.0%
	現 年				
	一般被保険者	1,720,944	1,730,076	-1.7%	0.5%
	収納率	91.46%	91.01%	-8.1%	-0.5%
	滞 繰				
	一般被保険者等	129,868	121,536	-3.7%	-6.4%
	収納率	15.67%	18.45%	5.5%	17.7%
	2 国庫支出金	1	440	-72.3%	43,900.0%
	3 県支出金	5,884,516	5,428,083	-2.1%	-7.8%
	4 一般会計繰入金	550,758	520,138	-0.4%	-5.6%
	保険基盤安定	416,425	401,995	-2.9%	-3.5%
	未就学児均等割	5,817	6,302	8.3%	8.3%
	職員給与費等	63,127	54,856	12.2%	-13.1%
	出産育児一時	17,000	17,000	13.5%	0.0%
	財政安定化支援	17,520	15,113	-13.7%	-13.7%
	産前産後保険税	1,046	784	-9.4%	-25.0%
	その他	29,823	24,088	19.9%	-19.2%
②歳出	5 国保財政調整基金繰入金	0	25,733	-40.5%	-
	6 繰越金	1	7,453	-	745,200.0%
	7 諸収入	21,012	18,852	-5.4%	-10.3%
	合 計	8,307,100	7,852,311	-2.1%	-5.5%
	1 総務費	63,997	56,085	10.1%	-12.4%
③収支差引	2 保険給付費	5,806,523	5,370,308	-1.4%	-7.5%
	一人当たり保険給付費	369	343	4.6%	-7.2%
	3 事業費納付金	2,343,452	2,343,452	-2.6%	0.0%
	一人当たり事業費納付金	149	150	3.3%	0.3%
	4 保健事業費	78,926	68,574	7.6%	-13.1%
④国保財政調整基金	5 諸支出金	14,202	13,892	0.2%	-2.2%
	合 計	8,307,100	7,852,311	-1.6%	-5.5%
③収支差引		0	0		
④国保財政調整基金		79,367	53,634	13.9%	-32.4%

(単位:人)

⑤被保険者数	(年度末)	15,510	15,157	-5.2%	-2.3%
	(年度平均)	15,722	15,667	-5.7%	-0.3%

## 四街道市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則について (システム標準化に伴う標準化レイアウト様式への改正)

### 改正の概要

地方公共団体情報システムの標準化に関する法律により、地方公共団体における事務処理の内容の共通性、住民の利便性の向上、地方行政運営の効率化の観点から、厚生労働省にて国民健康保険等標準仕様書が策定されました。この標準仕様書に基づき、国民健康保険システムの改正が行われ、併せて各制度の様式についても標準化様式へ改めるものです。

これに伴い、四街道市国民健康保険条例施行規則においては、一部の様式が改正となりました。

### 改正様式

別添 資料2-1「四街道市国民健康保険条例施行規則新旧対照表」参照

### 施行期日

令和7年11月25日

(経過措置)改正前に様式により提出された申請等についても、当面の間、所要の調整をして使用することができる。

四街道市国民健康保険条例施行規則新旧対照表（第1条関係）

改正案	現 行
<p>（療養費の支給申請）</p> <p>第19条 国民健康保険法施行規則（昭和33年厚生省令第53号。以下「法施行規則」という。）第27条の規定により療養費の支給を受けようとする者は、国民健康保険療養費支給申請書を市長に提出しなければならない。</p> <p>（療養費の支給決定等の通知）</p> <p>第20条 市長は、療養費の支給を決定したときは、<u>支給決定通知書</u>を、不支給の決定をしたときは、<u>不支給決定通知書</u>を、速やかに、当該世帯主に交付するものとする。</p> <p>（月間の高額療養費の支給申請）</p> <p>第21条 法施行規則第27条の16の規定により高額療養費の支給を受けようとする者は、国民健康保険高額療養費支給申請書を市長に提出しなければならない。ただし、市長が当該申請書の提出の必要がないと認めるときは、この限りでない。</p> <p>（月間の高額療養費の支給決定等の通知）</p> <p>第22条 市長は、前条の規定による高額療養費の支給を決定したときは、国民健康保険高額療養費支給決定通知書を、不支給の決定をしたときは、<u>不支給決定通知書</u>を、速やかに、当該世帯主に交付するものとする。</p> <p>（年間の高額療養費の支給申請等）</p> <p>第22条の2 法施行規則第27条の17の2及び第27条の17の3の規定によ</p>	<p>（療養費の支給申請）</p> <p>第19条 国民健康保険法施行規則（昭和33年厚生省令第53号。以下「法施行規則」という。）第27条の規定により療養費の支給を受けようとする者は、国民健康保険療養費支給申請書 <u>（様式第2号）</u> を市長に提出しなければならない。</p> <p>（療養費の支給決定等の通知）</p> <p>第20条 市長は、療養費の支給を決定したときは、<u>国民健康保険療養費支給決定通知書（様式第3号）</u>を、不支給の決定をしたときは、<u>国民健康保険療養費不支給決定通知書（様式第4号）</u>を、速やかに、当該世帯主に交付するものとする。</p> <p>（月間の高額療養費の支給申請）</p> <p>第21条 法施行規則第27条の16の規定により高額療養費の支給を受けようとする者は、国民健康保険高額療養費支給申請書 <u>（様式第5号）</u> を市長に提出しなければならない。ただし、市長が当該申請書の提出の必要がないと認めるときは、この限りでない。</p> <p>（月間の高額療養費の支給決定等の通知）</p> <p>第22条 市長は、前条の規定による高額療養費の支給を決定したときは、国民健康保険高額療養費支給決定通知書 <u>（様式第6号）</u>を、不支給の決定をしたときは、<u>国民健康保険高額療養費不支給決定通知書（様式第7号）</u>を、速やかに、当該世帯主に交付するものとする。</p> <p>（年間の高額療養費の支給申請等）</p> <p>第22条の2 法施行規則第27条の17の2及び第27条の17の3の規定によ</p>



り高額療養費の支給を受けようとする者又は自己負担額証明書の交付を受けようとする者は、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を市長に提出しなければならない。ただし、市長が当該申請書の提出の必要がないと認めるときは、この限りでない。

（年間の高額療養費の支給決定等の通知）

第22条の3 市長は、前条の規定による申請を受けたときは、自己負担額証明書の交付については、国民健康保険高額療養費（外来年間合算）自己負担額証明書を、高額療養費の支給については、高額療養費（外来年間合算）支給決定通知書を当該申請者に交付するものとする。

（高額介護合算療養費の支給申請等）

第22条の4 法施行規則第27条の26及び第27条の27の規定により高額介護合算療養費の支給を受けようとする者又は自己負担額証明書の交付を受けようとする者は、高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書を市長に提出しなければならない。

（高額介護合算療養費の支給決定等の通知）

第22条の5 市長は、前条の規定による申請を受けたときは、自己負担額証明書の交付については、国民健康保険自己負担額証明書を、高額介護合算療養費等の支給については、高額介護合算療養費等支給決定通知書を当該申請者に交付するものとする。

（出産育児一時金の支給申請）

第23条の2 条例第6条の規定により出産育児一時金の支給を受けよう

り高額療養費の支給を受けようとする者又は自己負担額証明書の交付を受けようとする者は、国民健康保険高額療養費（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（様式第7号の2）を市長に提出しなければならない。ただし、市長が当該申請書の提出の必要がないと認めるときは、この限りでない。

（年間の高額療養費の支給決定等の通知）

第22条の3 市長は、前条の規定による申請を受けたときは、自己負担額証明書の交付については、四街道市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（様式第7号の3）を、高額療養費の支給については、高額療養費（外来年間合算）支給（不支給）決定通知書（様式第7号の4）を当該申請者に交付するものとする。

（高額介護合算療養費の支給申請等）

第22条の4 法施行規則第27条の26及び第27条の27の規定により高額介護合算療養費の支給を受けようとする者又は自己負担額証明書の交付を受けようとする者は、高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書 （様式第7号の5）を市長に提出しなければならない。

（高額介護合算療養費の支給決定等の通知）

第22条の5 市長は、前条の規定による申請を受けたときは、自己負担額証明書の交付については、四街道市国民健康保険自己負担額証明書（様式第7号の6）を、高額介護合算療養費等の支給については、高額介護合算療養費支給（不支給）決定通知書（様式第7号の7）を当該申請者に交付するものとする。

（出産育児一時金の支給申請）

第23条の2 条例第6条の規定により出産育児一時金の支給を受けよう

とする者は、国民健康保険出産育児一時金支給申請書を市長に提出しなければならない。

(葬祭費の支給申請)

第24条 条例第7条の規定により葬祭費の支給を受けようとする者は、国民健康保険葬祭費支給申請書を市長に提出しなければならない。

(様式)

第27条 この規則に定めのない書類の様式は、市長が別に定める。

様式第2号から様式第9号まで 削除

とする者は、出産育児一時金支給申請書(様式第8号)を市長に提出しなければならない。

(葬祭費の支給申請)

第24条 条例第7条の規定により葬祭費の支給を受けようとする者は、葬祭費支給申請書(様式第9号)を市長に提出しなければならない。

様式第2号(第19条)

(略)

様式第3号(第20条)

(略)

様式第4号(第20条)

(略)

様式第5号(第21条)

(略)

様式第6号(第22条)

(略)

様式第7号(第22条)

(略)

様式第7号の2(第22条の2)

(略)

様式第7号の3(第22条の3)

(略)

	<u>様式第7号の4（第22条の3）</u> <u>（略）</u> <u>様式第7号の5（第22条の4）</u> <u>（略）</u> <u>様式第7号の6（第22条の5）</u> <u>（略）</u> <u>様式第7号の7（第22条の5）</u> <u>（略）</u> <u>様式第8号（第23条の2）</u> <u>（略）</u> <u>様式第9号（第24条）</u> <u>（略）</u>
--	--

附 則

（施行期日）

1 この規則は、令和7年11月25日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正前のそれぞれの規則で定める改正前の各様式は、地方公共団体情報システム（地方公共団体情報システムの標準化に関する法律（令和3年法律第40号）第2条第1項に規定するシステムをいう。）に市長が別に定める様式が登録されるまでの間は、なおその効力を有する。
- 3 この規則の施行の際、この規則による改正前のそれぞれの規則の規定により調製した用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

(旧)

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

(あて先) 四街道市長 様



(新)

窓空宛名

発行日： 年 月 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

( 1 )

(旧)

様式第3号(第20条)

国民健康保険療養費支給決定通知書

年 月 日

様

四街道市長

印

先に、申請のありました国民健康保険療養費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

伝 票 No.		支給金額	金 円
支 給 日	年 月 日～(金融機関が休みの日は支給できません。)		
振 込 先	銀行 支店		
備 考			

(注)

- 療養費は、この決定通知書と印鑑を持参の上、市役所内銀行派出所窓口でお受け取りください。
- この決定通知書に疑問等がある場合は、 部 課までお問い合わせください。

(行政不服審査法に基づく教示)

(行政事件訴訟法に基づく教示)

(新)

窓空宛名

発行日：年 月 日  
被保険者記号・番号：  
医療機関番号：  
〇〇市長  
〇〇 〇〇

印

不支給決定通知書

先に申請のあった国民健康保険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					
不支給理由					
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

(旧)

様式第4号(第20条)

国民健康保険療養費不支給決定通知書

年 月 日

様

四街道市長

印

先に、申請のありました国民健康保険療養費については、審査の結果下記の理由により不支給と決定しましたので通知します。

記

(注) この決定通知書に、疑問等ある場合は、部 課までお問い合わせください。（電話 内線 ）

(行政不服審査法に基づく教示)

(行政事件訴訟法に基づく教示)



(新)

[illegible]

(旧)

様式第5号(第21条)

国民健康保険高額療養費支給申請書

記 号 ・ 番 号		( 年 月 診療分)		
療 養 者 氏 名 (生年月日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	作成
個 人 番 号				
一 般 ・ 退 職				
主 たる 傷 病 名				
療 養 機 関	番 号			
	名 称			
	所 在 地			
上 記 の 病 院 等 で の 療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)	
療 養 に 対 し 支 払 っ た 額	円 ( )	円 ( )	円 ( )	
(結精負担) 決 定 点 数	( )	( )	( )	
レ セ 共 通 キ ー	審査	審査	審査	

〔過去1年間の高額発生状況(世帯の直近の3箇月)〕

診 療 月	年 月 診療分	年 月 診療分	年 月 診療分
高 額 の 区 分			
高 額 療 養 費	円	円	円

〔支給予定額の算出〕

高 額 療 養 費 の 区 分	自 己 負 担 限 度 額	支 給 予 定 額	課 税 状 況
	円	円	

〔口座振替(銀行振込)依頼〕

金 融 機 関 名 称	銀 行 名	支 店 名	口 座 番 号
(フリガナ) 口 座 名 義 人			

上記のとおり支給申請します。

また、今後この申請手続を簡素化することを併せて申請します。

年 月 日

四街道市長

様

住 所  
世帯主 氏 名  
個人番号  
電話番号

委任状

私は上記口座名義人を代理人と定め、高額療養費の受領に関する権限を委任します。

委任者 住 所  
(世帯主)  
氏 名

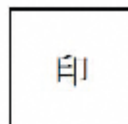
( )

(新)

# 窓空苑名

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。

[illegible]

「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

(旧)

様式第6号(第22条)

年 月 日

様

四街道市長 印

国民健康保険高額療養費支給決定通知書

先に申請のありました、国民健康保険高額療養費について、次のとおり支給決定しましたので通知します。

記号番号		診療年月	年	月	分
支給決定額		円			
被保険者名					
		年 月 日			
備考					

注 1 支給決定額の詳細については、同封する国民健康保険高額療養費算定用診療報酬明細一覧を確認してください（高額療養費の支給申請手続の簡素化の対象者である場合に限る。）。

2 この通知書は、確定申告により医療費控除の適用を受ける際の証拠書類になりますので、支給後も保管してください。

(行政不服審査法に基づく教示)

(行政事件訴訟法に基づく教示)



(新)

国民健康保険 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

(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

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				
フリガナ					保険者加入歴	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							
生年月日	年					月	日生	2		年	月	日から					
被保険者記号・番号			個人番号					3		年	月	日から					
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		<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。															
1. 窓口払い 2. 口座振込		振込口座記入欄		銀行信用金庫信用組合協同組合		金融機関コード		本店支店出張所		店舗コード		種目		口座番号		フリガナ	
												1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他				口座名義人	
フリガナ					保険者加入歴	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							
被保険者記号・番号			個人番号					2		年	月	日から					
生年月日	年					月	日生	3		年	月	日から					
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					保険者加入歴	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							
被保険者記号・番号			個人番号					2		年	月	日から					
生年月日	年					月	日生	3		年	月	日から					
計算の対象となる加入期間		年				月	日から	年	月	日まで							
備考																	
<div><div>{</div><div>〇〇市長 〇〇 〇〇様</div><div>申請年月日</div><div>年</div><div>月</div><div>日</div><div>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。</div><div>郵便番号 住所 申請者氏名 電話番号</div></div>																	
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。																	
<div>委任状</div> <div>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。</div> <div>世帯主氏名 (申請者) 代理人住所 代理人氏名</div> <div>個人番号</div>																	

(旧)

様式第7号の2（第22条の2）

国民健康保険 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

(保険者記入欄)

支給申請書整理番号

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	
フリガナ					保険者加入歴	保険者名		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号				
申請者氏名						1		年	月	日から				
生年月日	年		月	日生		性別		2		年	月	日から		
記号・番号			個人番号					3		年	月	日から		
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			
支給方法		振込口座記入欄	銀行信用金庫組合		金融機関コード		本店支店出張所支所		店舗コード	種目	口座番号		フリガナ	
1. 窓口払い 2. 口座振込										1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他			口座名義人	
フリガナ					保険者加入歴	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				
記号・番号			個人番号					2		年	月	日から		
生年月日	年		月	日生		性別		3		年	月	日から		
加入期間		年				月	日から	年	月	日まで				
フリガナ					保険者加入歴	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				
記号・番号			個人番号					2		年	月	日から		
生年月日	年		月	日生		性別		3		年	月	日から		
加入期間		年				月	日から	年	月	日まで				
備考														
<div><div>四街道市長</div><div>様</div><div>年</div><div>月</div><div>日</div><div>郵便番号</div><div>住</div><div>所</div><div>申請者氏名 電話番号</div><div>① 外来年間合算の支給を申請します。また、今後この申請手続を簡素化することを併せて申請します。 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。</div></div>														

(新)

(旧)

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。

様式第7号の3（第22条の3）

枚中 枚目

四街道市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						性別	
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		年 月 日 ～		年 月 日			
計算期間において世帯主（組合員）であった期間		年 月 日 ～		年 月 日			
診療年月	氏名		氏名		氏名		
	記号・番号		記号・番号		記号・番号		
	自己負担額	摘要	自己負担額	摘要	自己負担額	摘要	
計							
年 月 日 千葉県四街道市役所 住 所 四街道市長 印							

【保険者連絡用】

(問い合わせ先)  
住 所 部 課  
電話番号



(新)

窓空宛名

年 月 日

〇〇市長  
〇〇 〇〇

印

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			口座名義人		

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

(旧)

様式第7号の4（第22条の3）

高額療養費（外来年間合算）支給（不支給）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。

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		振込先	金融機関	
			口座種目	
支払場所			口座番号	
支払期間			口座名義人	

住 所 四街道市長

印

(問い合わせ先)

住 所

部 課

電話番号

(行政不服審査法に基づく教示)

(行政事件訴訟法に基づく教示)

(新)

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度		申請区分	1.新規	2.変更	3.取下げ	(保険者等記入欄)				支給申請書整理番号						
フリガナ				個人番号		生年月日	年	月	日	生	計算期間の始期及び終期	年	月	～	年	月
氏名																
国民健康保険資格情報																
保険者番号	被保険者記号			被保険者番号	続柄	保険者名称				加入期間						
					1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員					年 月 日から 年 月 日まで						
後期高齢者医療資格情報																
保険者番号	被保険者番号			広域連合名称				加入期間								
								年 月 日から 年 月 日まで								
介護保険資格情報																
保険者番号	被保険者番号			保険者名称				加入期間								
								年 月 日から 年 月 日まで								
受取口座	<div><input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。</div>															
1.窓口払い 2.口座振込	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	金融機関コード				店舗コード		1.普通預金 2.当座預金 9.その他	口座番号			フリガナ		振込先 口座管理 番号
													口座名義人			
保険 者加 入歴		保険者名			加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号				備考欄				
	1															
	2															
	3															
<div><div>〇〇市長 〇〇 〇〇 様</div><div>① 上記対象者について、高額介護合算療養費の支給を申請します。 ② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。</div><div>※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。 高額介護合算療養費の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。 本申請をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請 します。 はい / いいえ</div><div>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。</div><div>委任状</div><div>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。</div></div> <div><div>年 月 日</div><div>郵便番号</div><div>住所</div><div>申請者（世帯主）氏名</div><div>個人番号</div><div>電話番号</div><div>世帯主氏名 (申請者)</div><div>代理人住所</div><div>代理人氏名</div><div>個人番号</div></div>																

(旧)

様式第7号の5(第22条の4)

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	年度	申請区分	1 新規	2 変更	3 取下げ	(保険者等記入欄)				支給申請書整理番号						
フリガナ					生年月日	年	月	日	生	性別		個人番号				
氏 名												計算期間の始期及び終期	年	月	～	年
国民健康保険資格情報																
保険者番号	被保険者証記号			被保険者証番号	続柄	保険者名称				加入期間						
					1 世帯主 2 擬制世帯主 3 世帯員					年 月 日から 年 月 日まで						
後期高齢者医療資格情報																
保険者番号	被保険者番号			広域連合名称				加入期間								
								年 月 日から 年 月 日まで								
介護保険資格情報																
保険者番号	被保険者番号			保険者名称				加入期間								
								年 月 日から 年 月 日まで								
支給方法	口座管理番号	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 組合	金融機関 コード	本店 支店 出張所 支所	店舗 コード	種目	口座番号			フリガナ		振込先口座 管理番号			
1 窓口払い 2 口座振込									1 普通預金 2 当座預金 9 その他						口座名義人	
保険者 加入歴		保険者名			加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号				備考欄				
	1				年 月 日から 年 月 日まで											
	2				年 月 日から 年 月 日まで											
	3				年 月 日から 年 月 日まで											
<div><div>四街道市長 様</div><div>① 上記対象者について、高額介護合算療養費の支給を申請します。 ② 上記対象者について、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。 高額介護合算療養費の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。</div><div>年 月 日</div><div>郵便番号</div><div>住所</div><div>申請代表者 氏名</div><div>電話番号</div></div> <div><div></div><div>枚中</div><div></div><div>枚目</div></div>																



(新)

窓空宛名

〇〇市国民健康保険 高額介護合算療養費 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			
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	～		
計算期間において被保険者であった期間	～		
診療年月	自己負担額	うち70歳～74歳の者に係る自己負担額	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) 〇〇市1丁目2番3号 〇〇市長 〇〇 〇〇			

印

【保険者連絡用】

〈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  
(計算結果送付先)  
〒 000-0000  
〇〇市〇〇町1丁目2番3号  
国保課  
電話 000-000-0000

(旧)

様式第7号の6(第22条の5)

四街道市国民健康保険自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ			
氏名			
生年月日		性別	
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	年 月 日	～	年 月 日
計算期間において被保険者であった期間	年 月 日	～	年 月 日
診療年月	自己負担額	うち70歳～74歳の者に係る自己負担額	摘要
計			
年 月 日 千葉県四街道市役所 住 所 四街道市長			

印

【保険者連絡用】

(問い合わせ先)

住 所  
部 課  
電話番号

(新)

窓空宛名

発行日 年 月 日

〇〇市長  
〇〇 〇〇

印

## 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		振込先	金融機関		
支払場所			口座種目		
支払期間			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〉

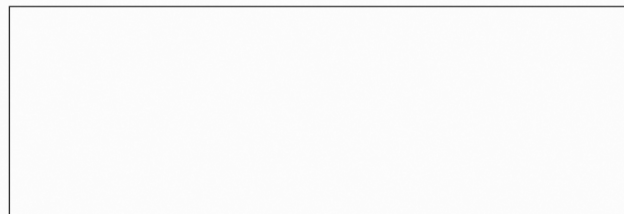
〒 000-0000  
〇〇市〇〇町1丁目2番3号  
国保課  
電話 000-000-0000

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。

( 1 )

(旧)

様式第7号の7(第22条の5)



高額介護合算療養費支給(不支給)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		振込先	金融機関	
支払場所			口座種目	
支払期間			口座番号	
			口座名義人	

住 所	四街道市長	印
-----	-------	---

問い合わせ先
住 所
部 課
電話番号

(行政不服審査法に基づく教示)

(行政事件訴訟法に基づく教示)



(新)

# 国民健康保険出産育児一時金支給申請書

支給額 円

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

世帯主住所

氏名 個人番号

電話番号

〇〇市長  
〇〇 〇〇 殿

受取口座	<input type="checkbox"/> 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）。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。									
振込先	金融機関				(フリガナ) 口座名義人					
	口座種別	普通・当座・その他（ ）			口座番号					
被保険者 記号・番号				世帯主氏名						
出産した被 保険者氏名				個人番号		世帯主 との続柄				
出産の 年月日	年 月 日			支払種別 (出生前の請求は、 貸付となります。)	支給・貸付					
出産の 週(日)数	週（ ）日									

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

国民健康保険出産育児一時金の受領を下記の代理人に委任します。

世帯主氏名

代理人住所

代理人氏名 個人番号

確認	1. 住民異動届による 2. 確認者氏名
----	----------------------------

(旧)

様式第8号(第23条の2)

出產育兒一時金支給申請書

被 保 険 者 号		受 付			
分娩した者	氏 名			世 帯 主 と 続 柄	
	生年月日	年 月 日			
	個人番号				
分娩の年月日		年 月 日		分娩の 種 類	生産 ※死産(妊娠 週)
生まれた子の 氏 名			男・女	世 帯 主 と 続 柄	
産院等の所在地 及 び 名 称					
<p>四街道市国民健康保険条例施行規則第23条の2の規定により上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>氏 名：</p> <p>TEL</p> <p>四街道市長 様</p>					
備 考					

※ 死産の場合 他市町村で届け出をしたときは、死産の事実を証明できるものを添付すること。

(新)

国民健康保険葬祭費支給申請書									
支給額                                  円									
上記金額を支給されるよう申請します。									
ただし下記内訳のとおり									
葬祭を行う者 _____					年    月    日				
住所 _____									
氏名 _____					個人番号 _____				
電話番号 _____					〇〇市長 〇〇 〇〇 殿				
<b>受取口座</b>		<input type="checkbox"/> 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）。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。							
<b>振込先</b>		金融機関 _____		(フリガナ) 口座名義人 _____					
		口座種別    普通・当座・その他（ ） _____		口座番号 _____		_____ _____			
<b>被保険者 記号・番号</b>		_____							
<b>死亡した被 保険者氏名</b>						<b>申 請 者 との続柄</b>		_____	
<b>死      亡 年    月    日</b>		年    月    日                                  （喪失日）				年    月    日    )			
<b>葬 祭 執 行 年    月    日</b>		_____			交通事故等の 第三者行為		有   ・   無		
葬祭を行う者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。 <div style="text-align: center;">委任状                                  年    月    日</div> 国民健康保険葬祭費の受領を下記の代理人に委任します。									
氏 名 _____ (葬祭を行う者) _____  代理人住所 _____  代理人氏名 _____    個人番号 _____									
<b>確        認</b>		１．住民異動届による ２． <b>確認者氏名</b> _____							

(旧)

様式第9号(第24条)

					受 付	
葬 祭 費 支 給 申 請 書						
被 保 険 者 記 号 番 号				前 世 帯 主		
				現 世 帯 主		
被 保 険 者	氏 名			申請人との続柄		
	生年月日	年 月 日				
	個人番号			現世帯主との続柄		
死 亡 年 月 日		年 月 日		葬 儀 執 行 年 月 日	年 月 日	
死 亡 原 因						
死亡が第三者行為によるときはその事実並びに第三者の住所及び氏名						
<p>四街道市国民健康保険条例施行規則第24条の規定により上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請人 氏 名</p> <p>TEL</p> <p>四街道市長 様</p>						
備 考						



## 四街道市国民健康保険税条例施行規則の一部を改正する規則

### について

### (システム標準化に伴う標準化レイアウト様式への改正)

#### 改正の概要

地方公共団体情報システムの標準化に関する法律により、地方公共団体における事務処理の内容の共通性、住民の利便性の向上、地方行政運営の効率化の観点から、厚生労働省にて国民健康保険等標準仕様書が策定されました。この標準仕様書に基づき、国民健康保険システムの改正が行われ、併せて各制度の様式についても標準化様式へ改めるものです。

これに伴い、四街道市国民健康保険税条例施行規則においては、一部の様式が改正となりました。

#### 改正様式

別添 資料2-1「四街道市国民健康保険税条例施行規則新旧対照表」参照

#### 施行期日

令和7年11月25日

(経過措置)改正前に様式により提出された申請等についても、当面の間、所要の調整をして使用することができる。

四街道市国民健康保険税条例施行規則新旧対照表

改正案	現 行
<p>(申告書)</p> <p>第3条 条例第22条に規定する申告書は、<u>国民健康保険税(料)に関する所得申告書</u>による。</p> <p>(減額届書)</p> <p>第4条 条例第22条の3第1項に規定する届書は、産前産後期間に係る国民健康保険税減額届書(様式第<u>1</u>号)による。</p> <p>(減免申請書等)</p> <p>第5条 条例第23条第2項に規定する申請書は、国民健康保険税減免申請書(様式第<u>2</u>号)による。</p> <p>2 国民健康保険税の減免の可否の通知は、<u>国民健康保険税減免決定通知書又は国民健康保険税却下通知書</u>による。</p> <p>(納税通知書等)</p> <p>第6条 条例第24条に規定する納税通知書は、次の各号に掲げるとおりとする。</p> <p>(1) 国民健康保険税納税通知書</p> <p>(2) <u>国民健康保険税納税通知書(過年度)</u></p> <p>(3) <u>国民健康保険税決定(更正)通知書</u></p> <p>(4) <u>国民健康保険税決定(更正)通知書(過年度)</u></p> <p><u>(様式)</u></p> <p>第7条 <u>この規則に定めのない書類の様式は、市長が別に定める。</u></p> <p><u>様式第1号 削除</u></p>	<p>(申告書)</p> <p>第3条 条例第22条に規定する申告書は、<u>国民健康保険税申告書(様式第1号)</u>による。</p> <p>(減額届書)</p> <p>第4条 条例第22条の3第1項に規定する届書は、産前産後期間に係る国民健康保険税減額届書(様式第<u>2</u>号)による。</p> <p>(減免申請書等)</p> <p>第5条 条例第23条第2項に規定する申請書は、国民健康保険税減免申請書(様式第<u>3</u>号)による。</p> <p>2 国民健康保険税の減免の可否の通知は、<u>国民健康保険税減免決定(却下)通知書(様式第4号)</u>による。</p> <p>(納税通知書等)</p> <p>第6条 条例第24条に規定する納税通知書は、次の各号に掲げるとおりとする。</p> <p>(1) 国民健康保険税納税通知書<u>(様式第5号)</u></p> <p>(2) <u>国民健康保険税納税通知書(随時期分)(様式第6号)</u></p> <p>(3) <u>国民健康保険税決定・変更通知書(様式第7号)</u></p>

様式第4号から様式第7号まで 削除

様式第1号（第4条）

（略）

様式第2号（第5条第1項）

（略）

様式第1号（第3条）

（略）

様式第2号（第4条）

（略）

様式第3号（第5条第1項）

（略）

様式第4号（第5条第2項）

（略）

様式第5号（第6条）

（略）

様式第6号（第6条）

（略）

様式第7号（第6条）

（略）

附 則

（施行期日）

1 この規則は、令和8年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の日前に調製した用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

(新)

年度

国民健康保険税(料)に関する所得申告書

〇〇市長 〇〇 〇〇 殿

住所

氏名

TEL

被保険者番号

所得金額 ( 年1月から12月までの所得) について下記該当欄に記入してください。  
なお、住所・氏名は必ず記入してください。

内容		宛名番号 氏名 生年月日	( 年 月 日)	( 年 月 日)	( 年 月 日)	
職業	該当するものに○印を記入 その他の場合は具体的に記入してください	学生・無職・パート・アルバイト・自営業・会社員・その他 ( )	学生・無職・パート・アルバイト・自営業・会社員・その他 ( )	学生・無職・パート・アルバイト・自営業・会社員・その他 ( )		
税申告	税務署や市民税課への税申告の有無等	<input type="checkbox"/> 申告済 (以下記入不要) <input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> 1月2日以降海外転入	<input type="checkbox"/> 申告済 (以下記入不要) <input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> 1月2日以降海外転入	<input type="checkbox"/> 申告済 (以下記入不要) <input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> 1月2日以降海外転入		
収入なし	収入がない場合または非課税所得(※)のみの場合、✓印を記入 ※障害年金・遺族年金・遺族恩給・傷病恩給・雇用保険・傷病手当・奨学金等	<input type="checkbox"/> 収入なし <input type="checkbox"/> 非課税所得のみ ※いずれかに✓印を記入した場合は以下記入不要	<input type="checkbox"/> 収入なし <input type="checkbox"/> 非課税所得のみ ※いずれかに✓印を記入した場合は以下記入不要	<input type="checkbox"/> 収入なし <input type="checkbox"/> 非課税所得のみ ※いずれかに✓印を記入した場合は以下記入不要		
収入あり	給与	給与収入がある場合は給与と所得控除前の収入額・特定支出額・調整控除額を記載してください	主たる給与 円 従たる給与 円 特定支出額 円 調整控除額 円	主たる給与 円 従たる給与 円 特定支出額 円 調整控除額 円	主たる給与 円 従たる給与 円 特定支出額 円 調整控除額 円	
		専従給与	専従者給与収入がある場合は給与と所得控除前の収入額・事業主氏名および続柄を記載してください	専従者給与 円 事業主氏名 (続柄 )	専従者給与 円 事業主氏名 (続柄 )	専従者給与 円 事業主氏名 (続柄 )
		年金	年金収入がある場合は年金の種類および収入額を記載してください ※障害年金・遺族年金等の非課税所得は含まない	( ) 年金・恩給 収入 円	( ) 年金・恩給 収入 円	( ) 年金・恩給 収入 円
	営業等	営業等(※)の所得がある場合は所得の種類・経費計算後の所得金額を記載してください また、前年以前からの純損失の繰越控除額がある場合は繰越純損失額を記載してください ※営業・農業・不動産・配当・山林・雑所得・一時所得・その他課税所得等	( ) 所得 円 ( ) 所得 円 ( ) 所得 円 繰越純損失額 円	( ) 所得 円 ( ) 所得 円 ( ) 所得 円 繰越純損失額 円	( ) 所得 円 ( ) 所得 円 ( ) 所得 円 繰越純損失額 円	
		分離所得	分離課税所得がある場合は所得の種類・収入額・必要経費・特別控除額・上場株式等譲渡所得額・上場株式等配当所得額を記載してください	所得の種類 長期・短期 収入額 円 必要経費 円 特別控除額 円 上場株式等譲渡 円 上場株式等配当 円	所得の種類 長期・短期 収入額 円 必要経費 円 特別控除額 円 上場株式等譲渡 円 上場株式等配当 円	所得の種類 長期・短期 収入額 円 必要経費 円 特別控除額 円 上場株式等譲渡 円 上場株式等配当 円
	専従控除	専従者控除額がある場合は控除額を記載してください	控除額 円	控除額 円	控除額 円	

この申告書は、国民健康保険税(料)条例によるもので、住民税の申告書とは、異なります。

(旧)

様式第1号(第3条)

四街道市長 様

国民健康保険税申告書

四街道市国民健康保険税条例第22条の規定により 年中(1月～12月)の収入及び所得の申告を下記のとおり提出します。

被保険者番号( )

住 所	四街道市	電話 ( )
氏 名	年 月 日生	職業
個人番号		

(1) 所得状況

所得金額	営 業	収入金額(ア)	必要経費(イ)	専従者控除額(ウ)	所得金額(ア)―(イ)+(ウ)	
	農 業					
	そ の 他 事 業					
	不 動 産					
	そ の 他					
	給 与 等					
	公 的 年 金 等					
	該 当 する 年 金 に○印	厚生年金・遺族年金・共済年金・国民年金・障害年金・福祉年金・恩給・扶助料				
合 計						
扶養者	氏 名	続 柄	生 年 月 日	氏 名	続 柄	生 年 月 日
			・ ・			・ ・
			・ ・			・ ・

(2) 収入がなかった場合記入してください。

理由	失業・病気療養・廃業・仕送り・その他	生活状況	
仕送り者	住所		
	氏名		続柄



(新)

(旧)

窓空宛名

年 月 日

〇〇市長  
〇〇 〇〇



国民健康保険税 減免決定通知書

年 月 日 付で申請のありました国民健康保険税の減免につきましては、  
次のとおり決定としたので通知します。

対象年度	年度	被保険者番号	決定年月日	年 月 日
世帯主氏名				
減免前決定額	円	減免額	円	減免後決定額 円
減免決定理由				

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、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に市長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

様式第4号(第5条第2項)

四街道市 指令第 号  
年 月 日

様

四街道市長 印

国民健康保険税減免決定(却下)通知書

年 月 日付けで申請のあった国民健康保険税の減免については、下記のとおり決定(却下)したので、通知します。

記

- 1 決 定  
(理由)  
(1) 減免額

年 度	納 付 書 番 号	義 務 者 番 号	氏 名	決 定 減 免 額

- (2) 減免後の税額

期 別	減 免 前 税 額	減 免 後 税 額	納 期 限	備 考

- 2 却 下  
(理由)

(行政不服審査法に基づく教示)

(行政事件訴訟法に基づく教示)

(新)

対象年度	年度	国民健康保険税 納入通知書	
窓空宛名			年 月 日  <div style="text-align: center;">  </div> ○○市長 ○○ ○○
			(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

控除徴収の欄に金額の記載がある月は、年金からの天引きになります。普通徴収の欄に金額の記載がある場合は、口座振替による納付又は、納付書での納付をお願いします。

既に口座振替を依頼されている場合は、この通知書には納付書を同時にお送りません。

[illegible][illegible]

加入月額の「(※四)」は国保加入費、「(四)」は制度外費金を示しています。

(旧)

## 様式第5号（第6条）

(表)

年度 国民健康保険税納税通知書

下記の各期別保険税を納期限までに納付してください。

千葉県四街道市長

印

保 険 番 号	通 知 書 番 号

納付していただく金額	円
------------	---

年間保険税①+② (医療+支援+介護)	円
特別徴収額合計①	円
普通徴収額合計②	円

※この納税通知書は「世帯主」宛にお送りしております。  
(「世帯主」が他の保険に加入している場合も同様です。)

○普通徴収額合計の内訳

期 別				
納 期 限				
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円

期 別						普 通 徴 収 額
納 期 限						
	円	円	円	円	円	
	円	円	円	円	円	
	円	円	円	円	円	円

○特別徴収額合計の内訳 (年金受給額から天引きされる額)

仮 徴 収	徴 収 月	年 月	年 月	年 月	特 別 徴 収 額
	徴 収 額	円	円	円	
本 徴 収	徴 収 月	年 月	年 月	年 月	
	徴 収 額	円	円	円	円

※ 年度仮徴収額 ( 年 4 月・6 月・8 月) につきましては、原則として 年 月の特別徴収額と同様になります。

【特別徴収義務者】

【特別徴収対象年金】

より、特別徴収 (年金天引き) されます。

特別徴収対象年金額 円



(新)

年度 国民健康保険税 ( 年度 年度分 )

意空宛名

年 月 日

印

○○市長  
 ○○ ○○

(お問い合わせ先)

〒 000-0000  
 ○○市○○町1丁目2番3号  
 国民課  
 電話 000-000-0000

金融機関名			
口座種別		口座番号	
名義人			
納税コード		納税名称	

特別徴収の欄に金額の記載がある月は、年金からの天引きになります。普通徴収の欄に金額の記載がある期別は、口座振替による納付又は、納付書での納付をお願いします。

既に口座振替を依頼されている場合は、この通知書には納付書を併封してありません。

納税義務者	
生年月日	性別
住所	

対象年度	年度	国民健康保険税	算定明細	納税義務者番号	通知書番号	通知書番号
区分	課税標準額	税率	税額(円)	課税標準額	税率	税額(円)
所得割	円 × %	%	円	所得割	円 × %	円
資産割	円 × %	%	円	資産割	円 × %	円
均等割	人	円	円	均等割	人	円
平等割額			円	平等割額		円
合計(A)			円	合計(B)		円
軽減区分			円	軽減区分		円
所得割額			円	所得割額		円
資産割額			円	資産割額		円
均等割額			円	均等割額		円
平等割額			円	平等割額		円
軽減割計(B)			円	軽減割計(B)		円
所得割額(C)			円	所得割額(C)		円
資産割額(D)			円	資産割額(D)		円
均等割額(E)			円	均等割額(E)		円
平等割額(F)			円	平等割額(F)		円
平税額(一般・世帯合計)	①		円	平税額(一般・世帯合計)	②	円
(A+B+C+D+E+F)			円	(A+B+C+D+E+F)		円
徴収方法			円	徴収方法		円
特別徴収義務者			円	特別徴収義務者		円
特別徴収対象年金			円	特別徴収対象年金		円
特別徴収対象年金額			円	特別徴収対象年金額		円

※子ども分において、均等割額に10歳以上均等割額(1人あたりXX,XXX,XXX円)を含んでいます。

また、軽減額の内、均等割軽減額に10歳未満均等割軽減額を含んでいます。

[illegible]

加入月額の「万円」は国庫納入額、10は強制加入者数を表しています。

国庫納入額は、実額分は10万円、支分金は10万円、少額金は10万円、千円も金は10万円です。国庫超過者の国庫納入人数は1,000(千)人、全額納入の支分金があっても年間国庫納入に支分金が2回以上あります。

上記諸君の国庫納入額 〇〇〇、千円は、お聞かせください。

(旧)

様式第6号（第6条）

(表)

年度  
国民健康保険税納税通知書（随時期分）  
（ 年度賦課分）

下記の保険税を納期限までに納付してください。

千葉県四街道市長

印

保 險 番 号	通 知 書 番 号

納付していただく金額	円
------------	---

※この納税通知書は「世帯主」宛にお送りしております。  
(「世帯主」が他の保険に加入している場合も同様です。)

○随時期額の内訳

年間保険税 (普通徴収分＋特別徴収分)	－	既に賦課された保険税	=	差引保険税額 (随時期額)
円		円		円

期 別	随時期
納 期 限	
納付していただく金額	円

(新)

1 / 2

### 窓空宛名

通知書番号
被保険者番号

年度国民健康保険税を下記のとおり  
決定（更正）いたしましたので通知します。

年 月 日

○○市長  
○○ ○○

印

## 年度 国民健康保険税 決定（更正）通知書

	更正前	更正後	増減
決定 保険税	円	円	円

この通知書は、〇年〇月〇日時点の情報により算定しています。

※ 賦課明細は次頁のとおり。

(單位：円)

普 通 徴 収 期 別 納 付 額					
期別	納期限	更正前	更正後	納付済額	今回納付額
第1期	年 月 日				
第2期	年 月 日				
第3期	年 月 日				
第4期	年 月 日				
第5期	年 月 日				
第6期	年 月 日				
第7期	年 月 日				
第8期	年 月 日				
随1期	年 月 日				

※下記口座から振替させていただきます。

金融機関名
口座種別
振替区分
口座番号
口座名義人

納組コード
納組名称

※下記年金から天引きさせていただきます

保険税納付方法等	
徴収方法	
納付義務者	
生年月日	
性別	
住所	
特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	
特別徴収対象年金額	

(来年度の仮徴収のご案内)

来年度の4月、6月、8月は、特別徴収仮徴収額として、上記2月の特別徴収額と同額が天引きされます。

更正事由			
異動年月日	届出年月日	理由	氏名

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、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に市長に対して審査請求をすることができます。この国民健康保険税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

(旧)

## 様式第7号 (第6条)

## 年度 国民健康保険税決定・変更通知書

年度 国民健康保険税を下記のとおり決定・変更  
しましたので通知します。

保 険 番 号	通 知 書 番 号	納 税 義 務 者 名
		様
○変更理由		



○期別の内訳 (単位：円)

區 分		單位：千元	
普 通 微 收 額	第 1 期		
	第 2 期		
	第 3 期		
	第 4 期		
	第 5 期		
	第 6 期		
	第 7 期		
	第 8 期		
	現年度隨時期		
	過年度隨時期		
合 計			

特別徴収額	区 分			
	4 月			
	6 月			
	8 月			
	1 0 月			
	1 2 月			
	2 月			
	合 計			

【特別徴収義務者】

【特別徴収対象年金】

区分	所得割/100	均等割	平等割	賦課限度額
基礎				
支援				
介護				

○被保険者別算出額 適用期間について「○」が表示されている月が賦課対象となり、「◎」が表示されている月は、介護分も賦課対象となります。（単位：円）

[illegible]

※限度超過世帯の被保険者人数に異動（増減）や、総所得金額の変更があっても保険税額に変更がない場合があります。

※当該年度賦課期日（世帯として賦課が発生した日）以降、年間における個別の異動及び変更の状況の算出根拠を記したもので、当該通知書で決定した額と一致するものではありません。（概算で個人として換算したい場合に参考としてください。）