

寒川町国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和8年5月25日

寒川町長 木 村 俊 雄

寒川町規則第22号

寒川町国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則

寒川町国民健康保険条例施行規則（平成13年寒川町規則第30号）の一部を次のように改正する。

第5条中「通知は、国民健康保険料決定通知書（第1号様式の4）とする」を「保険料の額の決定の通知は、国民健康保険料納入通知書（第1号様式の4）、保険料の額の変更の通知は、国民健康保険料決定（更正）通知書（第1号様式の5）とする」に改める。

第1号様式の4を次のように改める。

第1号様式の4（第5条関係）

国民健康保険料 納入通知書

年 月 日

寒川町長

金融機関名				納付義務者			
口座種別		口座番号		生年月日		性別	
名義人				住所			

年度		国民健康保険料の算定明細				被保険者番号		通知書番号				
区分	区	分	支	金	分	介	護	分	子	ど	も	分
所得割												
資産割												
均等割												
平等割額												
合計(A)												
軽減額												
	軽減額計(B)			軽減額計(B)		軽減額計(B)		軽減額計(B)				
限度超過額(C)												
増減調整額(D)												
減免額(F)												
平額額												
(A-B-C+D-F)	①			②			③				④	
徴収方法						年間額						
特別徴収義務者						(①+②+③+④)						
特別徴収対象年金												
特別徴収対象年金額												

[illegible]

第1号様式の4の次に次の1様式を加える。

第1号様式の5（第5条関係）

通知書番号	
被保険者番号	

年度国民健康保険料を下記のとおり
決定（更正）いたしましたので通知します。

年 月 日

寒 川 町 長

年度 国民健康保険料 決定(更正)通知書

	更正前	更正後	増減
決定 保険税	円	円	円

※賦課明細は次頁のとおり。

(単位：円)

普通徴収期別納付額				
期別	納期限	更正前	更正後	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			
第9期	年 月 日			
第10期	年 月 日			
第11期	年 月 日			
第12期	年 月 日			

(単位：円)

特別徴収月別納付額				
月別	引落日	更正前	更正後	今回納付額
4月	年 月 日			
6月	年 月 日			
8月	年 月 日			
10月	年 月 日			
12月	年 月 日			
2月	年 月 日			

特別徴収対象者の方の仮徴収について、翌年度4月・6月・8月の特別徴収仮徴収の期別額は本年度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

※下記に記載のある方は口座振替納付です。

金融機関名
口座種別
振替区分
口座番号
口座名義人

※下記に記載のある方は年金天引きです。

保険税納付方法等	
徴収方法	
納税義務者	
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	

この通知書に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に神奈川県国民健康保険審査会に審査請求をすることができます。そして、審査請求に対する裁決があり、なお不服があるときは、裁決書を受け取った日の翌日から6か月以内に寒川町(寒川町長)を被告として処分の取消しの訴えを提訴することができます。ただし、次のいずれかの場合には審査請求に対する裁決を経ないで訴えを起すことができます。

- ①審査請求をした日から3か月を経過しても裁決がないとき
 - ②処分の執行に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
- なお、決定の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提訴することはできません。

国民健康保険料決定の明細

通知書番号

被保険者番号

(単位：円)

	基礎額	更正前	更正後	増減
医療分	所得割額			
	× 基礎額 %			
	資産割額			
	× 基礎額 %			
	均等割額			
	× 被保険者数 人			
	× 均等割額 円			
	平等割額			
	算出額			
	政令軽減額			
	限度超過額			
	年間保険料			
支援金分	増減調整額			
	減免額			
	(A) 医療分保険料額			
	所得割額			
	× 基礎額 %			
	資産割額			
	× 基礎額 %			
	均等割額			
	× 被保険者数 人			
	× 均等割額 円			
	平等割額			
	算出額			
介護分	政令軽減額			
	限度超過額			
	年間保険料			
	増減調整額			
	減免額			
	(B) 支援金分保険料額			
	所得割額			
	× 基礎額 %			
	資産割額			
	× 基礎額 %			
	均等割額			
	× 被保険者数 人			
子ども分	× 均等割額 円			
	平等割額			
	算出額			
	政令軽減額			
	限度超過額			
	年間保険料			
	増減調整額			
	減免額			
	(C) 介護分保険料額			
	所得割額			
	× 基礎額 %			
	資産割額			
	× 基礎額 %			
	均等割額※			
	× 被保険者数 人			
	× 均等割額 円			
	平等割額			
	算出額			
	政令軽減額			
	限度超過額			
	年間保険料			
	増減調整額			
	減免額			
	(D) 子ども分保険料額			
決定保険料額 (A) + (B) + (C) + (D)				
		1人あたり18歳以上均等割額		
		円		

第5号様式を次のように改める。

第5号様式（第10条関係）

旧被扶養者異動連絡票 発行年月日 _____		
旧 被 扶 養 者	氏 名	
	生 年 月 日	
	旧 被 扶 養 者 に 該 当 し た 年 月 日	
交 付 者	保 險 者 番 号 並 び に 交 付 者 の 名 称 及 び 印	
注意事項 1. 転入した市町村において旧被扶養者に係る減免（被保険者均等割及び十八歳以上被保険者均等割額を半額等の措置）の申請を行う場合には、減免の申請書と合わせて、この連絡票を提示してください。 2. この連絡票を破り、よごし、又は失ったときは、ただちにこの連絡票を発行した市町村に再発行を申請してください。 3. この連絡票を破り、又はよごした場合の2の申請には、その連絡票を添えて申請してください。		

附 則

この規則は、令和8年6月1日から施行する。