

寒川町国民健康保険条例施行規則新旧対照表

現 行	改 正 案
～略～ (出産育児一時金の支給申請) 第3条 条例第7条の規定による出産育児一時金の支給を受けようとする者は、<u>被保険者証及び出生の事実を証する書類</u>を添えて、町長に申請しなければならない。 (加える) (葬祭費の支給申請) 第4条 条例第8条の規定による葬祭費の支給を受けようとする者は、死亡した被保険者の<u>被保険者証及び死亡の事実</u>を証する書類を添えて、町長に申請しなければならない。 ～略～ <u>第1号様式(第4条の2関係)</u> <u>別紙のとおり</u> <u>第1号様式の2(第4条の3関係)</u> <u>別紙のとおり</u> <u>第1号様式の3(第4条の3関係)</u> <u>別紙のとおり</u> <u>第1号様式の4(第4条の3関係)</u> <u>別紙のとおり</u> <u>第2号様式(第5条関係)</u> <u>別紙のとおり</u> ～略～	～略～ (出産育児一時金の支給申請) 第3条 条例第7条の規定による出産育児一時金の支給を受けようとする者は、<u> </u>出生の事実を証する書類を添えて、町長に申請しなければならない。 <u>2 当該被保険者の属する世帯の世帯主が医療機関等への直接支払制度を利用する場合には、当該医療機関等と出産育児一時金の申請及び受取に関する代理契約を締結するものとし、当該医療機関等は、当該被保険者の属する世帯の世帯主に代わって、神奈川県国民健康保険団体連合会を通じて、町長に出産育児一時金等代理申請しなければならない。</u> (葬祭費の支給申請) 第4条 条例第8条の規定による葬祭費の支給を受けようとする者は、死亡した被保険者の<u> </u>死亡の事実を証する書類を添えて、町長に申請しなければならない。 ～略～ <u>第1号様式(第4条の2関係)</u> <u>別紙のとおり</u> <u>第1号様式の2(第4条の3関係)</u> <u>別紙のとおり</u> <u>第1号様式の3(第4条の3関係)</u> <u>別紙のとおり</u> <u>第1号様式の4(第4条の3関係)</u> <u>別紙のとおり</u> <u>第2号様式(第5条関係)</u> <u>別紙のとおり</u> ～略～ 附 則 <u>この規則は、令和6年12月2日から施行する。</u>

現 行

第1号様式(第4条の2関係)

寒川町国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

被保険者情報	被保険者証 記号番号			世帯主氏名								
	(フリガナ)			生年月日	年 月 日							
	氏 名											
	住 所											
振込先	金融機関 名称	銀行・農協 信用金庫 労働金庫		本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店 番を記入								
	預金別	普通・当座	口座番号									
	口座名義(カタカナ)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> ※左詰めでご記入ください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間 は一字空けてください。										
上記のとおり申請します。 年 月 日 住 所 □同上												
電話番号 (日中に連絡の 取れる番号) □同上				※国民健康保険に関するご連絡に使 います								
世帯主氏名				寒 川 町 長								

【受取代理人の欄】(世帯主以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

世帯主	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 年 月 日	
	氏 名	住所 □同上
代理人 (口座名 義人)	〒	世帯主との関係
	□同上 (フリガナ)	
	氏 名	

保険者 記入欄	支給決定額
	円

寒川町国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

同意書	
寒川町長	
寒川町国民健康保険条例に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、寒川町国民健康保険が関係諸機関(事業主・医療機関・前加入保険者・官公署等)に対して、必要な情報の照会を行うこと、また関係諸機関が寒川町国民健康保険に回答することに同意します。 また照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とします。 年 月 日	
被保険者氏名 ⑩	

症状が出た日	年 月 日	帰国者・接触者相談センターへの相談日 ※相談した場合に記入	年 月 日								
		相談できなかった場合はその理由(「○」を付けてください)									
		1. 高熱・呼吸困難の症状がひどく、電話できる状態ではなかった 2. 何度も電話したが、通話中で繋がらなかった(月 日) 3. その他()									
①医療機関の受診状況		1. 受診した 2. 受診していない									
②医療機関の受診日と名称 (①で「受診した」と回答した場合に記入)	受診日	年 月 日	名称								
	受診日	年 月 日	名称								
	受診日	年 月 日	名称								
③症状(具体的に) (①で「受診していない」と回答した場合に記入)											
④療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)による 休職や勤務予定がなかった日は除く。)	日								
⑥	④の療養のために休んだ期間に給与等の支払を受けましたか？または、今後受けられますか？		1. はい 2. いいえ								
⑦	⑥で「はい」と回答した場合、その 給与等の支払の対象となった (なる)期間と、給与等の額	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額：円) <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table> ※右詰めで記入して下さい。								

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	年 月 日
	上記③、④の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名 ⑪
担当者氏名	電話番号

寒川町国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

同意書	
寒川町長	
寒川町国民健康保険条例に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、寒川町国民健康保険が関係諸機関(事業主・医療機関・前加入保険者・官公署等)に対して、必要な情報の照会を行うこと、また関係諸機関が寒川町国民健康保険に回答することに同意します。 また照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とします。 年 月 日 被保険者氏名 ⑧	

症状が出た日	年 月 日	帰国者・接触者相談センター への相談日 ※相談した場合に記入	年 月 日
		相談できなかった場合はその理由(「○」を付けてください)	
		1. 高熱・呼吸困難の症状がひどく、電話できる状態ではなかった 2. 何度も電話したが、通話中で繋がらなかった(月 日) 3. その他()	
①医療機関の受診状況		1. 受診した 2. 受診していない	
②医療機関の受診日と名称 (①で「受診した」と回答した場合に記入)	受診日	年 月 日	名称
	受診日	年 月 日	名称
	受診日	年 月 日	名称
③症状(具体的に) (①で「受診していない」と回答した場合に記入)			
④療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)によらない 休職や勤務予定がなかった日は除く。)	日
⑥	上記の療養のために休んだ期間に 給与等の補償のための給付を受けま したか。または、今後受けられますか。		
⑦	⑤で「はい」と回答した場合、その制度 名と金額をご記入ください。		
		制度名：	
		受給(予定)金額	円

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	年 月 日
	上記③、④の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名 ⑨
担当者氏名	電話番号

寒川町国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

労務に就することができなかった被保険者について、勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名																			
	雇用期間		年		月		日	から	1. 雇用終了期間未定											
								2.		年		月		日	まで					
	雇用の形態	☐ 正社員 ☐ 非常勤・臨時職員 ☐ パート・アルバイト ☐ 派遣社員 ☐ その他()																		
	就労日	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝祭日 ☐ 不定休(週 日程度勤務)																		
	勤務地																			
	通勤手段	☐ 電車 ☐ バス ☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ バイク ☐ 自動車 ☐ その他()																		
	健康保険等の加入の有無	1. 健康保険に加入している 2. 国民健康保険に加入している 3. 上記の保険には加入していない。					1. 2の場合 保険加入期間					1. 上記雇用期間と同じ 2.								
	①新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、 <u>労務に就することができなかった期間の属する月</u> における勤務状況															労務に就することができなかった日数(×、＝)の計				
	【出勤は○】、【有給休暇は△】、【無給休暇は×】、【賃金が減額されて生じる休暇は＝】、【公休日及び勤務が予定されていない日は空欄】でそれぞれ表示してください。															(※ 事業主の方は記入しないでください。)				
年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30				31
年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30				31
年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30				31
計																			日	
「労務に就することができなかった期間」(休暇をとった期間)のうち、「有給休暇」・「公休日及び勤務が予定されていない日」 <u>以外の日</u> について、賃金を支給しましたか？							1. はい 2. いいえ		「はい」の場合、その支給額をご記入ください(ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く)。							円				
上記の賃金の計算方法についてご記入ください(基本給に対する支給割合等)。																				

(裏面あり)

②新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に就くことができなかった期間の4日目の属する月の直近3か月の勤務状況（当該月は含めず。例：4日目が3月31日ならば12～2月、4月2日ならば1月～3月） 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【無給休暇は×】、【賃金が減額されて生じる休暇は＝】、【公休日及び勤務が予定されていない日は公】でそれぞれ表示してください。															賃金が生じた日数の計 (○、△、＝ の計)							
年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日					
年 月		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日				
年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日					
年 月		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日				
②の期間に対して、賃金を支払いましたか？		1. はい		給与の種類		☐ 月給		☐ 時間給		賃金計算		締 日		日								
		2. いいえ				☐ 日給		☐ 歩合給				支払日		1. 当月		日						
						☐ 日給月給		☐ その他				2. 翌月										
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください(ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く)。																						
事業主が証明するところ 支給した賃金内訳	期間	単価(円)		月 日 ～ 月 日 分		月 日 ～ 月 日 分		月 日 ～ 月 日 分														
	区分			(A)支給額(円)		(B)支給額(円)		(C)支給額(円)														
	基本給(月給)																					
	基本給(日給・時給)																					
	手当																					
	手当																					
	手当																					
	現物給与																					
計																						
				賃金支給総額(上記(A)～(C)の合計)				円														
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																						
上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名																						
担当者氏名						電話番号																

寒川町国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名																																																						
	傷病名								初診日	年 月 日																																													
	発病年月日	年 月 日							発病の原因																																														
	労務不能と認められた期間	年 月 日から																																																					
		年 月 日まで																																																					
	うち、入院期間	年 月 日から							療養費用の種別	☐ 国保 ☐ 公費(感染症) ☐ 自費 ☐ その他																																													
		年 月 日まで							転帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 繰越 ☐ 転区																																													
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日																																				
		年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診療 実日数	日																																			
		年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日																																				
	上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																																																						
									平格年月日	年 月 日																																													
									退院年月日	年 月 日																																													
	症状経過から見て従来の職務について労務不能と認められた医学的な所見																																																						
	上記のとおり相違ありません。 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名																																																						
年 月 日  電話番号																																																							

改正案

第1号様式(第4条の2関係)

寒川町国民健康保険傷病手当金支給申請書(世帯主記入用)

被保険者情報	記号・番号			世帯主氏名		
	(フリガナ)			生年月日	年 月 日	
	氏 名					
	住 所					
振込先	金融機関 名称	銀行・農協 信用金庫 労働金庫			本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店 番を記入	
	預金別	普通・当座		口座番号		
	口座名義(カタカナ)					
	※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間 は一字空けてください。					
上記のとおり申請します。 年 月 日 住 所 □同上 電話番号 (日中に連絡の 取れる番号) 世帯主氏名 _____ 寒 川 町 長 ※国民健康保険に関するご連絡に使 います						

【受取代理人の欄】(世帯主以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

世帯主	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		年 月 日
	氏 名	_____	住所 □同上
代理人 (口座名 義人)	〒	二	世帯主との関係
	□同上		
	(フリガナ)		
	氏 名	_____	

保険者 記入欄	支給決定額
	円

寒川町国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

同意書	
寒川町長	
寒川町国民健康保険条例に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、寒川町国民健康保険が関係諸機関(事業主・医療機関・前加入保険者・官公署等)に対して、必要な情報の照会を行うこと、また関係諸機関が寒川町国民健康保険に回答することに同意します。 また照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とします。 年 月 日 被保険者氏名 _____	

症状が出た日	年 月 日	帰国者・接触者相談センター への相談日 ※相談した場合に記入	年 月 日								
		相談できなかった場合はその理由(「○」を付けてください)									
		1. 高熱・呼吸困難の症状がひどく、電話できる状態ではなかった 2. 何度も電話したが、通話中で繋がらなかった(月 日) 3. その他()									
①医療機関の受診状況		1. 受診した 2. 受診していない									
②医療機関の受診日と名称 (①で「受診した」と回答した場合に記入)	受診日	年 月 日	名称								
	受診日	年 月 日	名称								
	受診日	年 月 日	名称								
③症状(具体的に) (①で「受診していない」と回答した場合に記入)											
④療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数 新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状 があり感染が疑われる場合を含む)によら ない休暇や勤務予定がなかった日は除く。	日								
⑥	④の療養のために休んだ期間に給与等の支払を受けましたか？または、今後受けられますか？		1. はい 2. いいえ								
⑦	⑥で「はい」と回答した場合、その 給与等の支払の対象となった (なる)期間と、給与等の額	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額：円) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> ※右詰めで記入して下さい。								

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	年 月 日
	上記③、④の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
担当者氏名	電話番号

寒川町国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

同意書

寒川町長

寒川町国民健康保険条例に基づく傷病手当金の支給決定を行うにあたり、寒川町国民健康保険が関係諸機関(事業主・医療機関・前加入保険者・官公署等)に対して、必要な情報の照会を行うこと、また関係諸機関が寒川町国民健康保険に回答することに同意します。

また照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とします。

年 月 日

被保険者氏名

症状が出た日	年 月 日	帰国者・接触者相談センター への相談日 ※相談した場合に記入	年 月 日
		相談できなかった場合はその理由(「○」を付けてください) 1. 高熱・呼吸困難の症状がひどく、電話できる状態ではなかった 2. 何度も電話したが、通話中で繋がらなかった(月 日) 3. その他()	
①医療機関の受診状況		1. 受診した 2. 受診していない	
②医療機関の受診日と名称 (①で「受診した」と回答した場合に記入)	受診日	年 月 日	名称
	受診日	年 月 日	名称
	受診日	年 月 日	名称
③症状(具体的に) (①で「受診していない」と回答した場合に記入)			
④療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数 〔新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)によらない 休暇や勤務予定がなかった日は除く。〕	日
⑥ 上記の療養のために休んだ期間に 給与等の補償のための給付を受けま したか。または、今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ		
⑦ ⑥で「はい」と回答した場合、その制度 名と金額をご記入ください。	制度名： 支給(予定)金額 円		

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主 記入欄	年 月 日		
	上記③、④の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。		
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名	㊟	
担当者氏名		電話番号	

寒川町国民健康保険傷病手当金支給申請書(事業主記入用)

労務に服することができなかった被保険者について、勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

事業主が証明するところ	被保険者氏名																			
	雇用期間		年		月		日	から	1. 雇用終了期間未定											
								2.		年		月		日	まで					
	雇用の形態	☐ 正社員 ☐ 非常勤・臨時職員 ☐ パート・アルバイト ☐ 派遣社員 ☐ その他()																		
	就労日	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝祭日 ☐ 不定休(週 日程度勤務)																		
	勤務地																			
	通勤手段	☐ 電車 ☐ バス ☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ バイク ☐ 自動車 ☐ その他()																		
	健康保険等の加入の有無	1. 健康保険に加入している 2. 国民健康保険に加入している 3. 上記の保険には加入していない。					1. 2の場合 保険加入期間					1. 上記雇用期間と同じ 2.								
	①新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、 <u>労務に服することができなかった期間の属する月</u> における勤務状況															労務に服することができなかった日数(×、＝)の計				
	【出勤は○】、【有給休暇は△】、【無給休暇は×】、【賃金が減額されて生じる休暇は＝】、【公休日及び勤務が予定されていない日は空欄】でそれぞれ表示してください。															(※ 事業主の方は記入しないでください。)				
年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			日	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
計																	日			
「労務に服することができなかった期間」(休暇をとった期間)のうち、「有給休暇」・「公休日及び勤務が予定されていない日」 <u>以外の日</u> について、賃金を支給しましたか？							1. はい 2. いいえ		「はい」の場合、その支給額をご記入ください(ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く)。							円				
上記の賃金の計算方法についてご記入ください(基本給に対する支給割合等)。																				

(裏面あり)

②新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、 <u>労務に服すること</u> ができなかった期間の4日目の属する月の直近3か月の勤務状況（当該月は含めず。例：4日目が3月31日ならば12～2月、4月2日ならば1月～3月） 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【無給休暇は×】、【賃金が減額されて生じる休暇は＝】、【公休日及び勤務が予定されていない日は公】でそれぞれ表示してください。															賃金が生じた日数の計 (○、△、＝の計)							
年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日					
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日					
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
年 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日					
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
②の期間に対して、賃金を支払いましたか？		1. はい		2. いいえ		給与の種類		☐ 月給 ☐ 時間給 ☐ 日給 ☐ 歩合給 ☐ 日給月給 ☐ その他		賃金計算		締日		日								
												支払日		1. 当月 2. 翌月		日						
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください(ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く)。																						
事業主が証明するところ	区分 \ 期間	単価(円)	月 日 ～ 月 日 分		月 日 ～ 月 日 分		月 日 ～ 月 日 分															
			(A) 支給額(円)		(B) 支給額(円)		(C) 支給額(円)															
	基本給(月給)																					
	基本給(日給・時給)																					
	手当																					
	手当																					
	手当																					
	現物給与																					
計																						
				賃金支給総額(上記(A)～(C)の合計) 円																		
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																						
上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名																						
担当者氏名								電話番号														

寒川町国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名																																																							
	傷病名									初診日	年 月 日																																													
	発病年月日	年 月 日								発病の原因																																														
	労務不能と認めた期間	年 月 日から																																																						
		年 月 日まで																																																						
	うち、入院期間	年 月 日から								療養費用の種別	☐ 国保 ☐ 公費(感染症) ☐ 自費 ☐ その他																																													
		年 月 日まで								転帰	☐ 治癒 ☐ 中止 ☐ 療死 ☐ 転医																																													
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															診療 実日数	日																																					
			年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															診療 実日数	日																																				
				年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31															診療 実日数	日																																			
	上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																																																							
										平癒年月日	年 月 日																																													
										退院年月日	年 月 日																																													
	症状経過から見て従来職種について労務不能と認められた医学的な所見																																																							
	上記のとおり相違ありません。 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名																																																							
 電話番号																																																								

現 行

第1号様式の2（第4条の3関係）

年 月 日

様

寒 川 町 長

国民健康保険傷病手当金支給 (承認・不承認)決定通知書

さきに申請されました国民健康保険傷病手当金につきまして、下記のとおり支給(承認・不承認)決定されましたのでお知らせします。

記

【注意事項】

種 別	
被保険者証番号	
被 保 険 者 名	
金 額	
支 払 年 月 日	
振込先金融機関	
(口座種別) (口座番号) (口座名義人)	

※振込先金融機関での手続きにより若干遅れる場合があります。

- この処分について不服があるときは、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、神奈川県国民健康保険審査会に審査の請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えについては、上記1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ません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、寒川町を被告として(訴訟において寒川町を代表するものは寒川町長となります。)、提起することができます。
 - 審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。
 - 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。
 - その他裁決を経ないにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消の訴えを提起することが認められる場合があります。

改正案

第1号様式の2（第4条の3関係）

年 月 日

様

寒 川 町 長

国民健康保険傷病手当金支給
(承認・不承認)決定通知書

さきに申請されました国民健康保険傷病手当金につきまして、下記のとおり支給(承認・不承認)決定されましたのでお知らせします。

記

【注意事項】

種 別	
記 号 ・ 番 号	
被 保 険 者 名	
金 額	
支 払 年 月 日	
振込先金融機関	
(口座種別) (口座番号) (口座名義人)	

※振込先金融機関での手続きにより若干遅れる場合があります。

1. この処分について不服があるときは、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、神奈川県国民健康保険審査会に審査の請求をすることができます。
2. 処分の取消しの訴えについては、上記1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ません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、寒川町を被告として(訴訟において寒川町を代表するものは寒川町長となります。)、提起することができます。
 - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して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。
3. ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消の訴えを提起することが認められる場合があります。

現 行

第1号様式の3（第4条の3関係）

年 月 日

様

寒 川 町 長

国民健康保険傷病手当金支給 (取消・変更)決定通知書

令和 年 月 日付で決定されました国民健康保険傷病手当金につきまして、下記のとおり支給(取消・変更)決定されましたのでお知らせします。

記

【注意事項】

種 別	
被保険者証番号	
被 保 険 者 名	
変 更 前 の 額	
変 更 後 の 額	
理 由	

※振込先金融機関での手続きにより若干遅れる場合があります。

1. この処分について不服があるときは、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、神奈川県国民健康保険審査会に審査の請求をすることができます。
2. 処分の取消しの訴えについては、上記1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ません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、寒川町を被告として(訴訟において寒川町を代表するものは寒川町長となります。)、提起することができます。
 - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して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。
3. ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消の訴えを提起することが認められる場合があります。

改正案

第1号様式の3（第4条の3関係）

年 月 日

様

寒 川 町 長

国民健康保険傷病手当金支給
(取消・変更)決定通知書

令和 年 月 日付で決定されました国民健康保険傷病手当金につきまして、下記のとおり支給(取消・変更)決定されましたのでお知らせします。

記

【注意事項】

種 別	
記 号 ・ 番 号	
被 保 険 者 名	
変 更 前 の 額	
変 更 後 の 額	
理 由	

※振込先金融機関での手続きにより若干遅れる場合があります。

1. この処分について不服があるときは、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、神奈川県国民健康保険審査会に審査の請求をすることができます。
2. 処分の取消しの訴えについては、上記1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ません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、寒川町を被告として(訴訟において寒川町を代表するものは寒川町長となります。)、提起することができます。
 - (1) 審査請求があった日の翌日から起算して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。
3. ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消の訴えを提起することが認められる場合があります。

現行

第1号様式の4(第5条関係)

国民健康保険料納入通知書
兼 特別徴収開始(停止)通知書
下記のとおり、国民健康保険料額を決定しましたので、寒川町国民健康保険条例第21条の規定により通知します。各納期の保険料額をそれぞれの納期限までに納めてください。

寒川町長

納入義務者			
住所			
生年月日		性別	
世帯番号			
通知番号			
記号番号			
徴収方法			
特別徴収義務者			
特別徴収対象年金			
上記年金の年金額	円		

下記に記載のある方は口座振替納付です。

金融機関			
口座種別		口座番号	
口座名義人			
納付区分			

年間保険料額	円
--------	---

備考	
----	--

賦課明細	医療分	支援金分	介護分
① 基準総所得金額(円)			
② 被保険者数(人)			
③ 所得割額(円)			
④ 均等割額(円)			
⑤ 平等割額(円)			
⑥ 均等割軽減額(円)			
⑦ 平等割軽減額(円)			
⑧ 限度超過額(円)			
⑨ 算定額(円)			
⑩ 月割増減額(円)			
⑪ 年間保険料額(円)			
年税額計(円)		減免額	

月	特別徴収額 (円)	期別	普通徴収額 (円)	普通徴収額の納期限
4月				
5月				
6月		6月期分		
7月		7月期分		
8月		8月期分		
9月		9月期分		
10月		10月期分		
11月		11月期分		
12月		12月期分		
1月		1月期分		
2月		2月期分		
3月		3月期分		
計		計		
合計				

氏名	給与所得者等	加入月数 一般・介護	軽減基準所得 金額	基準総所得 金額	備考

料率			
所得割率(%)			
均等割額(円)			
平等割額(円)			

特別徴収対象者の方は、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月の特別徴収額になります。

改正案

第1号様式の4(第5条関係)

国民健康保険料納入通知書
兼特別徴収開始(停止)通知書
下記のとおり、国民健康保険料額を決定しましたので、寒川町国民健康保険条例第21条の規定により通知します。各納期の保険料額をそれぞれの納期限までに納めてください。

寒川町長

納入義務者			
住所			
生年月日		性別	
世帯番号			
通知番号			
記号番号			
徴収方法			
特別徴収義務者			
特別徴収対象年金			
上記年金の年金額	円		

下記に記載のある方は口座振替納付です。

金融機関			
口座種別		口座番号	
口座名義人			
納付区分			
年間保険料額	円		
備考			

賦課明細	医療分	支援金分	介護分
年間保険料額計(円)		減免額	

月	特別徴収額 (年金天引き額) (円)	期別	普通徴収額 (円)	普通徴収額の納期限
4月				
5月				
6月		6月期分		
7月		7月期分		
8月		8月期分		
9月		9月期分		
10月		10月期分		
11月		11月期分		
12月		12月期分		
1月		1月期分		
2月		2月期分		
3月		3月期分		
計		計		
合計				

氏名	給与所得者等	加入月数 一般 介護	軽減基準所得 金額	基準総所得 金額	備考

料率			
所得割率(%)			
均等割額(円)			
平等割額(円)			

特別徴収対象者の方は、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月の特別徴収額になります。

第2号様式(第8条関係)

国民健康保険料(徴収猶予・減免)申請書

				被保険者証番号	52—	
徴収猶予又は減免を必要とする保険料額				徴収猶予又は減免を必要とする期間		
内 訳	期 別	納期限	保険料額	※徴収猶予保険料の納付計画		
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	徴収猶予又は減免を必要とする理由					
添 付 書 類						
上記のとおり添付書類を添えて、年度分国民健康保険(徴収猶予・減免)を申請します。 年 月 日 住 所 寒 川 町 氏 名 個人番号 電 話 () (申請者)納入義務者 印 (宛先) 寒 川 町 長						

注意 徴収猶予の場合は※印欄に納付計画を記入してください。

改正案

国民健康保険料(徴収猶予・減免)申請書

和昌, 飛昌	59 —
--------	------

徴収猶予又は減免を必要とする保険料額				徴収猶予又は減免を必要とする期間		
内 訳	期別	納期限	保険料額	※徴収猶予保険料の納付計画	年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	月分				年 月 日	
	徴収猶予又は減免を必要とする理由					
添付書類						
上記のとおり添付書類を添えて、年度分国民健康保険(徴収猶予・減免)を申請します。 年 月 日 住所 寒川町 氏名 _____ 個人番号 _____ 電話 () (宛先) 寒川町長						