

寒川町国民健康保険条例施行規則新旧対照表

現行

(保険料の通知)

第5条 条例第21条の規定による通知は、
国民健康保険料決定通知書（第1号様式
の4）とする

第1号様式の4（第5条関係）

改正案

(保険料の通知)

第5条 条例第21条の規定による保険料の
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。

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

篠川町長

金融機関名
口座番号
口座種別
口座名義人

納付義務者
生年月日
住所

年 度 国民健康保険料の算定詳細

新保険料番号

通知書番号

区 分
階 級
所得 額
納 入 額
平 均 額
自 計「A」

納 入 額
納 入 額
納 入 額
納 入 額
納 入 額
納 入 額

年 度 額
年 度 額
年 度 額
年 度 額
年 度 額
年 度 額

年 度 額
年 度 額
年 度 額
年 度 額
年 度 額
年 度 額

氏 名
住所
住所
住所
住所
住所
住所

住所
住所
住所
住所
住所
住所

住所
住所
住所
住所
住所
住所

住所
住所
住所
住所
住所
住所

住所
住所
住所
住所
住所
住所

住所
住所
住所
住所
住所
住所

国民健康保険料個人納付書

通知書番号

納 入 額
納 入 額
納 入 額
納 入 額
納 入 額
納 入 額

納 入 額
納 入 額
納 入 額
納 入 額
納 入 額
納 入 額

納 入 額
納 入 額
納 入 額
納 入 額
納 入 額
納 入 額

納 入 額
納 入 額
納 入 額
納 入 額
納 入 額
納 入 額

(加える)

第1号様式の5（第5条関係）

年度 国民健康保険料 決定(更正)通知書

この通知に不응がある場合は、この通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に奈良県民健康増進推進委員会に不服を申し立てることとなります。この申し立てに対する裁量処分は、不服があった場合、裁量処分を受けた日の翌日から起算して3か月以内に裁量委員会に審査請求して裁量の取消しの訴えを提起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量を提起して訴えを提起することができません。

- ①審査請求をした日から3か月を経過して裁量処分がないこと
- ②裁量の執行に生ずる著しい損害を避けるための裁量の訴えがあるとき
- ③その裁量を訴えないことと正当な理由があるとき

なお、決定の日から3か月を経過すると裁量の取消しの訴えを提起することはできません。

国民健康保険料決定の明確				通知票番号	被保険者番号	(単位:円)	
	課税時期	更正前	更正後	増減			
医療分	所得額	× 基礎額	%				
	資産額	× 基礎額	%				
	均等額	× 被保険者		人		人	人
		×					
	平均額						
	課税額						
	政令軽減額						
	固定額減額						
	生活保護料						
	増減調整額						
	減免額						
	(A) 医療分保険料額						
	介護分	所得額	× 基礎額	%			
資産額		× 基礎額	%				
均等額		× 被保険者		人		人	人
		×					
平均額							
課税額							
政令軽減額							
固定額減額							
生活保護料							
増減調整額							
減免額							
(B) 介護分保険料額							
介護分		所得額	× 基礎額	%			
	資産額	× 基礎額	%				
	均等額	× 被保険者		人		人	人
		×					
	平均額						
	課税額						
	政令軽減額						
	固定額減額						
	生活保護料						
	増減調整額						
	減免額						
	(C) 介護分保険料額						
	子ども分	所得額	× 基礎額	%			
資産額		× 基礎額	%				
均等額		× 被保険者		人		人	人
		×					
平均額							
課税額							
政令軽減額							
固定額減額							
生活保護料							
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人あたり月額平均額			

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	保険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。		

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	保険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。