

第1号様式 (第7条第1項)

大網白里市国民健康保険一部負担金(減額・免除・徴収猶予)申請書

年 月 日

大網白里市長 様

申請者 (世帯主) 住所
氏名
電話

印

大網白里市国民健康保険一部負担金減免等取扱要綱第7条第1項の規定により、別添書類を添えて次のとおり申請します。

療養の給付を受けようとする被保険者	被保険者記号番号				
	ふりがな				
	氏名				
	世帯主との続柄				
	生年月日		年 月 日		
	発病又は負傷年月日		年 月 日		
傷病名					
減免等を受けようとする理由					
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	被保険者資格	職業(勤務先)
			年 月 日	有・無	
			年 月 日	有・無	
			年 月 日	有・無	
			年 月 日	有・無	
			年 月 日	有・無	
			年 月 日	有・無	

注 申請事由を証明する書類(罹災証明書、離職証明書等)を添付してください。

第2号様式（第7条第1項第1号）

療養を担当する医師の意見書

療養の給付を受けようとする被保険者の氏名						
傷病名及び症状						
初診年月日	年 月 日					
療養見込期間	年 月 日から 年 月 日まで					
入院見込期間	年 月 日から 年 月 日まで					
医療費の見込額	月分	月分	月分	月分	月分	月分
	円	円	円	円	円	円
<p>上記のとおり療養が必要なことを認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>保険医療機関 所在地</p> <p>名称</p> <p>担当医師 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>						

(表)

収入申告書

年 月 日

大網白里市長 様

申告者 (世帯主) 住所
氏名

印

私の世帯の総収入は、次のとおり相違ありません。

1 勤労収入 (有・無)

働いている者の氏名	仕事内容、勤務先等	区 分	当月()月分 (見込)	当月前3か月分		
				()月分	()月分	()月分
		収 入	円	円	円	円
		必要経費(1)	円	円	円	円
		就 労 日 数	円	円	円	円
		収 入	円	円	円	円
		必要経費(2)	円	円	円	円
		就 労 日 数	円	円	円	円
		収 入	円	円	円	円
		必要経費(3)	円	円	円	円
		就 労 日 数	円	円	円	円
必要経費の 主な内容	(1)					
	(2)					
	(3)					

2 年金、恩給等による収入 (有・無)

<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 児童手当 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 特別児童手当 <input type="checkbox"/> 雇用保険 <input type="checkbox"/> その他 ()	収入の種類	当月()月分 (見込)	当月前3か月分		
			()月分	()月分	()月分
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円

(裏)

3 その他の収入 (有・無)

収入の種類	内 容	当月()月分 (見込)	当月前3か月分		
			()月分	()月分	()月分
生命保険等の 給 付 金		円	円	円	円
財産収入(土地、 家屋の賃貸料等)		円	円	円	円
仕 送 り		円	円	円	円
そ の 他		円	円	円	円

備考

- 1 「1 勤労収入」は、給与、日雇、内職、農業等の収入の種類ごとに記入すること。
- 2 「1 勤労収入」の「必要経費」欄には、収入を得るために必要な交通費、材料費、仕入代、社会保険料等の経費の総額を記入すること。
- 3 「1 勤労収入」、「2 年金、恩給等による収入」及び「3 その他の収入」に係る(有・無)については、該当するものを○で囲むこと。
- 4 記載欄に記入しきれない場合は、余白又は別紙に記入すること。
- 5 それぞれの収入ごとに、収入を証明する書類(給与証明書、各種保険支払通知書等)を添付すること。

資 産 申 告 書

年 月 日

大網白里市長 様

申告者 (世帯主) 住所
氏名

印

年 月 日現在における私の世帯の資産保有状況は、次のとおり相違ありません。

家 屋	有・無	延床面積(m ²)	所 在 地		所 有 者
土 地	有・無	面 積 (m ²)	所 在 地		所 有 者
自 動 車 自 動 二 輪	有・無	車種(車名)	排気量(cc)	年式・車検の期限	所 有 者
現 金	有・無	円			
預 貯 金	有・無	預貯金先	口座番号	口座名義人	残 高
					円
					円
					円
生命保険 その他の 保 険	有・無	契約先	契約者	契約内容(月額保険料、解約返戻金等)	
有価証券	有・無	種 類 (株券にあつては、銘柄)	額面金額の総額 (株券にあつては、枚数)	概算評価額	
				円	
				円	
金属その 他の高価 な 物	有・無	種 類	概 算 評 価 額		
			円		
			円		
負 債	有・無	金 額	借 入 先		
		円			
		円			
		円			

注 一部負担金の減免等の措置の決定又は実施のために必要があるときは、国民健康保険法第113条の2の規定により、関係機関等へ調査することがあります。

第5号様式（第7条第1項第4号）

家賃・間代・地代証明書

年 月 日

大網白里市長 様

家主・地主 住所

氏名又は名称

⑩

家賃、地代等について、次のとおり証明します。

家賃、土地等を貸している者(被保険者)	
住所	
氏名	
物件の所在地	
内容 <input type="checkbox"/> 家賃 <input type="checkbox"/> 間代 <input type="checkbox"/> 地代	月額 ・ 年額 円 (共益料を除く。)
備考	

第6号様式（第7条第1項第5号）

同 意 書

年 月 日

大網白里市長 様

世 帯 主 住 所	
氏名	ⓐ
世帯員（続柄）	
（ ）氏名	ⓑ
（ ）氏名	ⓒ
（ ）氏名	ⓓ
（ ）氏名	ⓔ

大網白里市国民健康保険一部負担金の減免等の措置の決定又は実施のために必要があるときは、私の資産及び収入に関し、貴市において官公署に調査を囑託し、又は銀行、信託会社、雇主その他関係人(以下「他の関係機関」という。)に調査の報告を求めることに同意します。

なお、貴市の調査囑託又は報告要求に対し、官公署又は他の関係機関が貴市に報告することについて、私が同意している旨を官公署又は他の関係機関に伝えることに異論はありません。

第7号様式（第9条第1項）

第 号
年 月 日

様

大網白里市長

印

大網白里市国民健康保険一部負担金(減額・免除・徴収猶予)承認(不承認)決定通知書

年 月 日付けで申請のありました大網白里市国民健康保険一部負担金の減免等について、次のとおり決定したので通知します。

療養の給付 を受ける被 保 険 者	被保険者記号番号	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	発病又は負傷年月日	年 月 日
	傷 病 名	
決 定 事 項	承認 ・ 不承認	
減 免 等 の 内 容		
減 免 等 の 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
不承認の理由		

教示

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に千葉県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。
- 2 この処分については、上記1の審査請求に対する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、大網白里市を被告として処分の取消しの訴えを提起することができます。
- 3 上記2の処分の取消しの訴えは、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。ただし、次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで、この処分の取消しの訴えを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。

第8号様式（第9条第1項）

大網白里市国民健康保険一部負担金(減額・免除・徴収猶予)証明書		
被保険者記号番号		
世帯主の氏名		
療養の給付を受けようとする被保険者	住所	
	ふりがな氏名	
	世帯主との続柄	
	生年月日	年 月 日
	発病又は負傷年月日	年 月 日
	傷病名	
決定の内容	<input type="checkbox"/> 減額（ 割） ※ 減額後の一部負担金＝一部負担金－（一部負担金×減額割合） <input type="checkbox"/> 免除 <input type="checkbox"/> 徴収猶予	
減免等の期間	年 月 日から 年 月 日まで	
上記のとおり証明します。 年 月 日 (保険医療機関等) 様 <div style="text-align: right;">大網白里市長 印</div>		

被保険者の方へ

- 療養の給付を受ける際、この証明書をあらかじめ保険医療機関等に提出してください。
- 入院時の食事療養費の自己負担額は、減額、免除又は徴収猶予の対象になりません。

保険医療機関等の方へ

- 院外処方の場合は、処方箋にこの証明書の写しを添付してください。
- 診療（調剤）報酬明細書を提出する際に、請求明細書に世帯主その他の別、減額、免除又は徴収猶予の年月日、保険記号番号、減額割合、減額、免除又、徴収猶予の別等を診療（調剤）報酬明細書の一部負担金の欄に記入し、この証明書の写しを添付してください。

第9号様式（第10条第2項）

第 号
年 月 日

様

大網白里市長

印

大網白里市国民健康保険一部負担金(減額・免除・徴収猶予)変更通知書

年 月 日付け 第 号で決定した大網白里市国民健康保険一部負担金の減免等については、次の理由により変更しましたので大網白里市国民健康保険一部負担金減免等取扱要綱第10条第2項の規定により通知します。

区 分		変 更 前	変 更 後
療養の給付 を受ける被 保 険 者	被保険者記号番号		
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	年 月 日
	発病又は負傷年月日	年 月 日	年 月 日
	傷 病 名		
減 免 等 の 内 容			
減 免 等 の 期 間		年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
理 由			
備 考			

教示

- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に千葉県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。
- この処分については、上記1の審査請求に対する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、大網白里市を被告として処分の取消しの訴えを提起することができます。
- 上記2の処分の取消しの訴えは、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。ただし、次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで、この処分の取消しの訴えを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ことにつき正当な理由があるとき。

第10号様式（第10条第2項）

第 号
年 月 日

(保険医療機関等)

様

大網白里市長

印

大網白里市国民健康保険一部負担金(減額・免除・徴収猶予)変更通知書

年 月 日付け 第 号で決定した大網白里市国民健康保険一部負担金の減免等については、次の理由により変更しましたので大網白里市国民健康保険一部負担金減免等取扱要綱第10条第2項の規定により通知します。

区 分		変 更 前	変 更 後
療養の給付 を受ける被 保 険 者	被保険者記号番号		
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	年 月 日
	発病又は負傷年月日	年 月 日	年 月 日
	傷 病 名		
減 免 等 の 内 容			
減 免 等 の 期 間		年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
理 由			
備 考			

第11号様式（第10条第3項）

第 号
年 月 日

様

大網白里市長

印

大網白里市国民健康保険一部負担金(減額・免除・徴収猶予)取消通知書

年 月 日付け 第 号で決定した大網白里市国民健康保険一部負担金の減免等については、次の理由により取り消したので大網白里市国民健康保険一部負担金減免等取扱要綱第10条第3項の規定により通知します。

取消しの理由

教示

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に千葉県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。
- 2 この処分については、上記1の審査請求に対する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、大網白里市を被告として処分の取消しの訴えを提起することができます。
- 3 上記2の処分の取消しの訴えは、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。ただし、次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで、この処分の取消しの訴えを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。

第12号様式（第10条第3項）

第 号
年 月 日

（保険医療機関等）

様

大網白里市長

印

大網白里市国民健康保険一部負担金（減額・免除・徴収猶予）取消通知書

大網白里市国民健康保険一部負担金の減免等について、次のとおり取り消したので大網白里市国民健康保険一部負担金減免等取扱要綱第10条第3項の規定により通知します。

1 取消しの当事者

被保険者記号番号		
世帯主	住所	
	氏名	
療養の給付を受けた被保険者	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
承認決定番号		第 号
承認決定年月日		年 月 日
承認取消年月日		年 月 日

2 取消しの理由