

野田市告示第168号

野田市国民健康保険条例施行規則（昭和34年野田市規則第11号）の施行に関し必要な様式のひな型のうち、次の様式を別紙のとおり改め、令和3年7月1日から施行する。

- 1 国民健康保険料申告書
- 2 国民健康保険料減免申請書
- 3 野田市国民健康保険一部負担金減額申請書、野田市国民健康保険一部負担金免除申請書、野田市国民健康保険一部負担金徴収猶予申請書
- 4 野田市国民健康保険一部負担金減額等決定通知書
- 5 野田市国民健康保険一部負担金減額証明書、野田市国民健康保険一部負担金免除証明書、野田市国民健康保険一部負担金徴収猶予証明書
- 6 野田市国民健康保険一部負担金納額通知書
- 7 野田市国民健康保険一部負担金減額等変更(取消)通知書
- 8 野田市国民健康保険出産育児一時金支給申請書
- 9 野田市国民健康保険葬祭費支給申請書
- 10 野田市国民健康保険傷病手当金支給申請書
- 11 第三者の行為による被害届

令和3年6月25日

野田市長 鈴木 有

# 年度 国民健康保険料申告書

(宛先)野田市長 次のとおり申告します。

	転入日	年 月 日
フリガナ 氏 名		
生年月日	年 月 日	職 業
電話番号	— —	世帯主氏名 (続柄) ( )
住 所	野田市	
年1月1日 現在の住所		

## ① 前年中の所得状況

所得の種類	(ア)収入金額	(イ)必要経費 (専従者控除額を除く)	(ウ)専従者控除額	(ア-イ-ウ)所得金額
給 与	円			
公的年金	円			
営 業 等 ( )	円	円	円	円
不 動 産	円	円	円	円
譲 渡	円	円	(特別控除) 円	円
そ の 他 ( )	円	円	円	円

## ② 国民健康保険加入の他の世帯員

氏 名	生年月日	①給与収入	②年金収入	③営業等・不動産・譲渡所得			
				ア 収入金額	イ 必要経費	ウ 専従者控除額	ア-イ-ウ 所得金額
	. .	円	円	円	円	円	円
	. .	円	円	円	円	円	円
	. .	円	円	円	円	円	円
	. .	円	円	円	円	円	円

# 国民健康保険料減免申請書

年 月 日

(宛先) 野田市長

納付義務者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

国民健康保険料について減免を受けたいので、次のとおり申請します。

納入通知書番号 ( )		減免を受けようとする理由 (詳しく記入してください。)
年 度	年 度	
保険料額	円	
期 別	減免対象期別額 (円)	
第 1 期		
第 2 期		
第 3 期		
第 4 期		
第 5 期		
第 6 期		
第 7 期		
第 8 期		
第 9 期		
第 10 期		
過年随時		
合 計		

※ この申請書に申請理由を証明する書類及び収入等明細書を添付してください。

野田市国民健康保険一部負担金 減額免除申請書  
徴収猶予

被保険者 記号・番号		療養の給付を 受ける者の氏名		生年月日		世帯主と の続柄	
傷病名			発病又は負傷年月日				
減免徴収 額除猶予	割合 期間	割合 箇月	事 由				

上記のとおり申請します。

年 月 日

申請者

住 所

氏 名

(宛先)野田市長

第 号  
年 月 日

様

野田市長



野田市国民健康保険一部負担金減額等決定通知書

年 月 日付けで申請のあった一部負担金の減額等については、次のとおり決定したので、野田市国民健康保険条例施行規則第15条第2項の規定により通知します。

1 決定事項 減額 免除 徴収の猶予 却下

被保険者記号・番号		
療養の給付 を受ける者	氏 名	
	生年月日	
傷 病 名		
発病又は負傷年月日		年 月 日
減 額 等 の 範 囲		

2 却下の場合の理由

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3か月以内に、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。
- 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、市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)、提起することができます。  
なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟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。
- 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しの訴えを提起することが認められる場合があります。

野田市国民健康保険一部負担金 減免徴収猶予額除証明書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		療 養 の 給 付 を 受 け る 者 の 氏 名		生 年 月 日	
住 所		世 帯 主 氏 名		世 帯 主 と の 続 柄	
傷 病 名		発 病 又 は 負 傷 年 月 日			
減 免 徴 収 猶 予 額 除	割 合	割			
	期 間	か 月			

上記のとおり証明します。

年 月 日

野田市長

第 号

野田市国民健康保険一部負担  
金納額通知書

納付者住所氏名	野田市 番地 様				
被 保 険 者 号 記 号 ・ 番 号		療養の給付 を受けた者 の 氏 名		給付者と の 続 柄	
傷 病 名					
一 部 負 担 金 額 納 付 額					
内 訳	年 年 年	月分 月分 月分	円 円 円	保険医又は保険 薬剤師の住所氏 名	
上記の金額を 年 月 日までに野田市指定金融機関へ納付してください。					
年 月 日					
野田市長					

第 号  
年 月 日

様

野田市長



野田市国民健康保険一部負担金減額等変更(取消)通知書

年 月 日付け 第 号により決定をした一部負担金の減額等については、次のとおり変更(取消し)したので、野田市国民健康保険条例施行規則第15条第6項の規定により通知します。

被保険者記号・番号		
療養の給付を受ける者	氏名	
	生年月日	
変更又は取消し事項		
変更後の減額等の内容		
変更又は取消しの理由		

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3か月以内に、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。
- 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、市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)、提起することができます。  
なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟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。
- 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しの訴えを提起することが認められる場合があります。



野田市国民健康保険出産育児一時金支給申請書

出産育児一時金申請額							
被保険者記号・番号	野田一	分娩者の資格 取得年月日	年 月 日				
分娩年月日	年 月 日	死産であるときはその旨					
産院又は病院等に入 院したときは、その 所在地及び名称							
分娩した者の氏名 及び生年月日	年 月 日			世帯主と の続柄			
生まれた子の氏名				世帯主と の続柄			
<p>上記のとおり出産育児一時金の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 世帯主 氏 名 電話番号</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p>(宛先)野田市長</p>							
支払方法	1 窓口払      2 口座振込						
金融機関名							
預金種目	1普通	2当座	口座番号				
ふりがな							
口座名義人							
確認欄	1 出生届   2 母子健康手帳   3 医師又は助産師による証明書 4 その他						
	確認年月日	年 月 日		確 認	交 付	決 定	

野田市国民健康保険葬祭費支給申請書

葬 祭 費 申 請 額							
被 保 険 者 者 記 号 ・ 番 号	野田一	死亡者の資格 取得年月日	年 月 日				
死亡した被保険者の 氏名及び生年月日	年 月 日		葬 祭 執 行 者 と の 続 柄				
死 亡 年 月 日	年 月 日	葬祭執行年月日	年 月 日				
死 亡 の 原 因							
<p>上記のとおり葬祭費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 葬祭執行者 氏 名 電話番号</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p>(宛先)野田市長</p>							
支 払 方 法	1 窓口払      2 口座振込						
金 融 機 関 名							
預 金 種 目	1普通 2当座	口座番号					
ふ り が な							
口 座 名 義 人							
確 認 欄	<p style="text-align: center;">死 体 1 死亡診断書 2 死 胎 埋火葬許可証 3 その他 改葬遺骨</p>						
	確 認 年 月 日	年 月 日	確 認	交 付	決 定		

# 野田市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 記号・番号			世帯主氏名					
	(フリガナ) 氏名	-----			生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所								
振 込 先	金融機関 名称	銀行・金庫 信組・農協 その他( )				本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他( ) <small>※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入</small>			
	預金別	普通・当座 その他( )		口座番号					
	口座名義(カタカナ)								
	<small>※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。</small>								
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所 電話 番号</p> <p>世帯主氏名 <span style="float: right;">(印)</span></p> <p style="text-align: right;">(宛先) 野 田 市 長</p>									

【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。 令和 年 月 日	
	氏名 <span style="float: right;">(印)</span>	住所 同上
代理人 (口座名義人)	〒 _____	世帯主との関係
	(フリガナ) ----- 氏名 <span style="float: right;">(印)</span>	

保険者 記入欄	支給決定額
	円

# 野田市国民健康保険傷病手当金支給申請書(被保険者記入用)

被保険者氏名	
--------	--

症状が出た日	令和 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	令和 年 月 日 ( 時 頃)								
①医療機関の受診状況		1. 受診した                      2. 受診していない									
(①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
		令和 年 月 日									
(①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に)											
③療養のために 休んだ期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	④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								
⑤ 上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払いを受けましたか。 または、今後受けられますか。	1. はい                      2. いいえ										
⑥ ⑤で「はい」と回答した場合、その給 与等の額と、その報酬支払の対象と なった(なる)期間をご記入ください。	令和 年 月 日から	(給与等の額:円)									
	令和 年 月 日まで	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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>									

(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	<p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>上記③～⑥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。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名 <span style="float: right;">(印)</span></p>
担当者氏名	電話番号

# 野田市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期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名														
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、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。												左記の事由による 無給休暇の日数		
令和 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											日		
令和 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											日		
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、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇(賃金が生じる)は=】、【その他の休暇(賃金が生じない)は/】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)		
令和 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											日		
令和 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											日		
令和 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											日		
令和 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											日		
事業主が証明するところ	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 <input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他		賃金計算		締日 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。													
支給した賃金内訳	期間 区分	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													
	時給													
	手当													
	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。														
令和 年 月 日														
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								

野田市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	令和 年 月 日																				
	発病年月日	令和 年 月 日										発病の原因																					
	労務不能と認められた期間	令和 年 月 日から											療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																			
		令和 年 月 日まで										転帰		<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																			
	うち、入院期間	令和 年 月 日から											療養費用の種別	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費( ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他																			
		令和 年 月 日まで										転帰		<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																			
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。	令和 年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	11	12	13	14	15	診療 実日数	日													
		令和 年 月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	診療 実日数	日													
		令和 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)																																	
											手術年月日	令和 年 月 日																					
											退院年月日	令和 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																																	
<p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医師の氏名 <span style="float: right;">⑩ 電話番号</span></p>																																	

第三者の行為による被害届

被害者の被保険者記号・番号		野田一					
被害者氏名		生年月日		年		月 日	
個人番号				世帯主との続柄			
加害者	住所	氏名		職業	電話番号		
加害者の使用者	住所	氏名		職業	電話番号		
負傷の日時及び場所	年 月 日		午前	時	分頃	場所	
発病の原因又は負傷時の状況							
疾病又は負傷の程度			治ゆまでの見込	入院	院	日	円
	国 保による診療		年 月 日	からしている・していない			
診療を受けた療養取扱機関名	当 初		転 移 後				
自動車事故の場合の加害自動車	自賠責保険契約会社名	保険株式(相互)会社 農業協同組合		証明書番号	第 号		
	契約者住所			契約者氏名			
	所有者住所			所有者氏名			
	登録番号又は車台番号			車台番号			
	任意保険(対人)の有無	有( 保険株式(相互)会社 農業協同組合 )		(証明書番号 第 号)無			
損害賠償に関する交渉の経過							
<p>国民健康保険法施行規則第32条の4の規定により上記のとおりお届けします。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住所 氏 名</p> <p>(宛先)野田市長 <span style="float: right;">㊟</span></p>							

- 注1 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。
- 2 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば〇月〇日見舞品をどれだけ受取った。医療費、附添いの費用はどちらで負担する等を記入し示談が成立した時は示談書写を提出してください。
- 3 自動車の轍き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いてください。
- 4 後日調査の必要上関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。