

大阪市国民健康保険条例施行規則に係る所定の様式に関する取扱要綱

(目的)

第1条 この要綱は、大阪市国民健康保険条例施行規則（昭和36年大阪市規則第23号。以下「規則」という。）に基づく所定の様式について、必要な事項を定めることを目的とする。

(資格確認書等の再交付申請に係る様式)

第2条 規則第7条の所定の様式による申請書は、第1号様式のとおりとする。

(療養費等の支給申請に係る様式)

第3条 規則第8条の所定の様式による申請書は、第2号様式のとおりとする。

(出産育児一時金の支給申請に係る様式)

第4条 規則第9条第1項の所定の様式による申請書は、第3号様式のとおりとする。

(葬祭費の支給申請に係る様式)

第5条 規則第10条の所定の様式による申請書は、第4号様式のとおりとする。

(療養費等の支給決定等の通知に係る様式)

第6条 規則第11条の所定の様式による通知書は、第5号様式又は第6号様式のとおりとする。

(第三者行為による保険事故届に係る様式)

第7条 規則第12条の所定の様式による届出書は、第7号様式のとおりとする。

(一部負担金の減免又は徴収猶予の申請又は通知に係る様式)

第8条 規則第13条第2項の所定の様式による申請書は、第8号様式のとおりとする。

2 規則第13条第3項の所定の様式による一部負担金の減免若しくは徴収猶予の決定をした旨の証明書又は一部負担金の減免若しくは徴収猶予に係る申請を却下した旨の通知書は、第9号様式又は第10号様式とする。

(一部負担金の減免又は徴収猶予の取消の通知に係る様式)

第9条 規則第14条第2項又は第4項の所定の様式による通知書は、第11号様式のとおりとする。

(特例対象被保険者等の届出に係る様式)

第10条 規則第14条の2の所定の様式による届出書は、第12号様式のとおりとする。

(保険料額の通知に係る様式)

第11条 規則第16条の所定の様式による通知書は、第13号様式のとおりとする。

(保険料の徴収猶予の申請又は通知に係る様式)

第12条 規則第17条第2項の所定の様式による申請書は、第14号様式のとおりとする。

2 規則第 17 条第 4 項の所定の様式による通知書は、第 15 号様式のとおりとする。

(保険料の徴収猶予の取消通知に係る様式)

第 13 条 規則第 18 条第 2 項の所定の様式による通知書は、第 16 号様式のとおりとする。

(督促に係る様式)

第 14 条 規則第 19 条の所定の様式による督促状は、第 17 号様式のとおりとする。

(延滞金の減免に係る様式)

第 15 条 規則第 20 条第 4 項の所定の様式による申請書は、第 18 号様式のとおりとする。

(その他)

第 16 条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、福祉局長が定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 大阪市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則（平成 31 年 3 月 29 日規則第 63 号）による改正前の大阪市国民健康保険条例施行規則第 2 号様式から第 5 号様式まで、第 10 号様式から第 17 号様式まで、第 19 号様式から第 23 号様式まで、第 25 号様式、第 26 号様式、第 28 号様式及び第 29 号様式による用紙を使用するときは、この要綱による各号様式を使用したものとみなす。

附 則

この要綱は、令和 6 年 12 月 2 日から施行する。

附 則

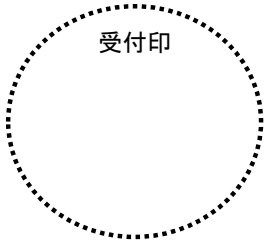
この要綱は、令和 8 年 6 月 1 日から施行する。

様式一覧表

- 第 1 号様式 国民健康保険資格確認書等再交付申請書
- 第 2 号様式 国民健康保険療養費等支給申請書
- 第 3 号様式 国民健康保険出産育児一時金支給申請書
- 第 4 号様式 国民健康保険葬祭費支給申請書
- 第 5 号様式 療養費等支給決定通知書
- 第 6 号様式 療養費等不支給決定通知書
- 第 7 号様式 第三者行為による傷病届
- 第 8 号様式 国民健康保険一部負担金減免・徴収猶予申請書
- 第 9 号様式 国民健康保険一部負担金減免・徴収猶予証明書
- 第 10 号様式 国民健康保険一部負担金減免・徴収猶予不承認通知書
- 第 11 号様式 国民健康保険一部負担金減免・徴収猶予取消通知書
 - ア 世帯主用
 - イ 保険医療機関等用

- 第 12 号様式 特例対象被保険者等に係る届出書
- 第 13 号様式 大阪市国民健康保険料決定通知書
 - ア 年次用
 - イ 月次用
- 第 14 号様式 国民健康保険料徴収猶予申請書
- 第 15 号様式 国民健康保険料徴収猶予決定・不承認通知書
- 第 16 号様式 国民健康保険料徴収猶予取消通知書
- 第 17 号様式 督促状
 - ア 国民健康保険料用
 - (ア) 一般用
 - (イ) 随時用
 - イ 国民健康保険料以外の国民健康保険法の規定による徴収金用
 - ウ 国民健康保険法の規定による徴収金以外の歳入金用
- 第 18 号様式 国民健康保険料延滞金減免申請書

国民健康保険資格確認書 再交付申請書



(あて先) 大阪市長

申請日	年 月 日																			
申請者	氏名						電話	— —												
	住所																			
	世帯主からみた関係 <input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 () <input type="checkbox"/> その他 ()																			
世帯主	氏名						個人番号													

次のとおり資格確認書の再交付を申請します。

被保険者記号・番号	記号	番号	再交付申請の理由
被保険者氏名		生 年 月 日	1 破損 ・ 汚損 2 紛失・盗難・焼失 3 その他
1		個 人 番 号 昭・平・令 年 月 日	
2		昭・平・令 年 月 日	
3		昭・平・令 年 月 日	
4		昭・平・令 年 月 日	
5		昭・平・令 年 月 日	
6		昭・平・令 年 月 日	

※ 申請者（世帯主及び代理人）は、太線の枠内を記入してください。

	確 認 資 料			
処 理 欄	<input type="checkbox"/> 本人確認書類 ※写真の表示あり1部 運転免許証 ・ マイナンバーカード ・ その他 () ※写真の表示なし2部 国民年金手帳 ・ 保険料決通 ・ その他 ()			
	<input type="checkbox"/> 代理人証明書類 ※任意代理人 (委任状 ・ その他 ()) ※法定代理人 (登記事項証明書 ・ その他 ())			
	異 動 連 絡	資格確認書	入 力	資 料 番 号

国民健康保険資格情報のお知らせ 再発行申請書



(あて先) 大阪市長

申請日	年 月 日																			
申請者	氏名									電話	— —									
	住所																			
	世帯主からみた関係	<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 () <input type="checkbox"/> その他 ()																		
世帯主	氏名									個人番号										

次のとおり資格情報のお知らせの再発行を申請します。

被保険者記号・番号	記号	番号	再発行申請の理由
被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日	1 破損 ・ 汚損 2 紛失・盗難・焼失 3 その他
		個 人 番 号	
1		昭・平・令 年 月 日	
2		昭・平・令 年 月 日	
3		昭・平・令 年 月 日	
4		昭・平・令 年 月 日	
5		昭・平・令 年 月 日	
6		昭・平・令 年 月 日	

※ 申請者（世帯主及び代理人）は、太線の枠内を記入してください。

処理欄	確 認 資 料									
	<input type="checkbox"/> 本人確認書類 ※写真の表示あり1部 運転免許証 ・ マイナンバーカード ・ その他 () ※写真の表示なし2部 国民年金手帳 ・ 保険料決通 ・ その他 ()									
	<input type="checkbox"/> 代理人証明書類 ※任意代理人 (委任状 ・ その他 ()) ※法定代理人 (登記事項証明書 ・ その他 ())									
	異動連絡	資格情報のお知らせ	入力	資料番号	備考					

国民健康保険療養費等支給申請書（令和 年 月分）

（提出先） 大阪市長

次のとおり療養に要した費用の支給を明細書・領収書を添えて申請します。支給の決定に際し、必要な公簿を閲覧されることに異議ありません。

※以下、太線の枠内のみご記入ください。

受付
番号

申請者（世帯主）

申請日 令和 年 月 日



住所	〒 - 大阪市 区		
フリガナ			
氏名 又は 個人番号	電話	- -	

※必ずご記入ください
(日中連絡の取れる電話番号)

※申請区分「4」、「5」、「7」に該当する方は、氏名と個人番号の両方を記入してください。

受診者

給付開始	年 月 日
届出	年 月 日
資格確認書交付	年 月 日

記号番号	フリガナ
阪国	氏名
生年月日	又は 個人番号
昭和・平成・令和 年 月 日	

※申請区分「4」、「5」、「7」に該当する方は、氏名と個人番号の両方を記入してください。

査定	
食事・生活療養	円
療養	円
一部負担金	円
支給決定額	円

申請理由	1 <input type="checkbox"/> 医科（入院）	1 <input type="checkbox"/> 療養費払いのため	申請区分	1 <input type="checkbox"/> 療養費
	2 <input type="checkbox"/> 医科（入院外）	2 <input type="checkbox"/> 資格確認書申請期間中のため		4 <input type="checkbox"/> 食費・生活療養費差額支給（※）
申請理由	3 <input type="checkbox"/> 歯科	3 <input type="checkbox"/> 食事・生活療養費の差額申請	負傷等の原因	5 <input type="checkbox"/> 移送費（※）
	4 <input type="checkbox"/> 調剤	4 <input type="checkbox"/> その他（急病等）		6 <input type="checkbox"/> 結核・精神
申請理由	5 <input type="checkbox"/> 装具		負傷等の原因	7 <input type="checkbox"/> 特別療養費（※）
	6 <input type="checkbox"/> 鍼灸			8 <input type="checkbox"/> 高齢者差額支給
申請理由	7 <input type="checkbox"/> マッサージ		負傷等の原因	9 <input type="checkbox"/> 高齢者療養費追加支給
	8 <input type="checkbox"/> 柔整			1 <input type="checkbox"/> 第三者行為
申請理由	9 <input type="checkbox"/> その他		負傷等の原因	2 <input type="checkbox"/> 業務上の事故
	10 <input type="checkbox"/> 訪問看護			3 <input type="checkbox"/> その他
申請理由	11 <input type="checkbox"/> 移送費		負傷等の原因	

決定	<input type="checkbox"/> 支給	処理欄
	<input type="checkbox"/> 不支給	

公金受取口座申出の有無
有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>

受付	資格確認	申請書入力	審査
審査区分等入力	支給区分等入力	支払振票出力	通知

診療を受けた医療機関等	
名称	所在地
診療又は調剤に従事した医師・歯科医師又は薬剤師の氏名	傷病名
	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外
療養等の期間(装具は医師の所見日)	装具装着日
年 月 日から 日まで 日間	年 月 日装着
(食事 回)	
発病又は負傷の年月日	療養等に要した費用
年 月 日	円

上記療養費等の支払については、次の口座に口座振替されるよう依頼します。

振込先金融機関名		預金種目	
銀行 信用金庫 信用組合	支店	1 <input type="checkbox"/> 普通預金	
金融機関コード	店番号	2 <input type="checkbox"/> 当座預金	
口座番号(右詰めでご記入ください。)	フリガナ (カタカナ)	3 <input type="checkbox"/> 貯蓄預金	
	口座名義		

委任状 (世帯主以外の方が申請・受領する場合、記入が必要です)

委任者(世帯主)	療養費に関する <input type="checkbox"/> 申請・ <input type="checkbox"/> 受領 を下記の委任者に委任します。		令和 年 月 日
	氏名	住所	同上
受任者	〒 - 住所	世帯主との関係	受任者の本人確認ができるもの
	(フリガナ)	日中連絡の取れる電話番号	<input type="checkbox"/> 免許証、マイナンバーカード等
	氏名		
同意書兼誓約書	<input type="checkbox"/> 大阪市が申請書等の事実確認のため、委任者に受任者の情報を提供することに同意します。 <input type="checkbox"/> 委任者の意思に基づかずに申請し給付を受領した場合は、速やかに委任者へ引き渡すことを誓約します。		

(提出先) 大阪市長

次のとおり出産育児一時金の支給を申請します。資格の認定に必要な公簿を閲覧されることに異議はありません。

※以下、太枠線内のみ記入してください。

申請者(世帯主)	申請日 令和 年 月 日
〒 - 住所 大阪市 区	
(フリガナ)	電話番号 - -
氏名	※必ずご記入ください(日中連絡の取れる電話番号)
出産した被保険者(出産児の母親)の氏名	出産した日 令和 年 月 日
(昭和・平成 年 月 日生)	出産の種類
個人番号	<input type="checkbox"/> 生産 <input type="checkbox"/> 流産(妊娠 週) <input type="checkbox"/> 死産
被保険者 記号(阪国) 番号()	直接支払制度 <input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない

※個人番号は、国民健康保険に加入後6か月以内に出生した場合に記入してください。

上記出産育児一時金の支払については、次の口座に振替されるよう依頼します。

振込先金融機関名	預金種目	口座番号(右詰めでご記入ください)
銀行 信用金庫 信用組合	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 貯蓄預金	
本店 支店	(フリガナ)	
金融機関 コード []	店番号 []	口座名義

委任状(世帯主以外の方が申請・受領する場合、記入が必要です)

委任者(世帯主)	出産育児一時金に関する <input type="checkbox"/> 申請・ <input type="checkbox"/> 受領 を下記の受任者に委任します。令和 年 月 日			
	氏名	住所	同上	
受任者	〒 - 住所	世帯主との関係	受任者の本人確認ができるもの	
	(フリガナ)	日中連絡の取れる電話番号		
	氏名	- -	<input type="checkbox"/> 免許証、マイナンバーカード等	
同意書兼誓約書	<input type="checkbox"/> 大阪市長が申請書等の事実確認のため、委任者に受任者の情報を提供することに同意します。 <input type="checkbox"/> 委任者の意思に基づかず申請し給付を受領した場合は、速やかに委任者へ引き渡すことを誓約します。			

処理欄	事 実 確 認	母子健康手帳 交付市区町村	担当係長	支給決定欄	支給方法		
受付		(第 号)				<input type="checkbox"/> 488,000円支給 <input type="checkbox"/> 12,000円加算(産科医療補償) <input type="checkbox"/> 不支給	<input type="checkbox"/> 口座振替 <input type="checkbox"/> 区役所銀行派出所の窓口払
資格確認		出生(死産)届	担当者 確認印			左記のとおり決定し、申請者あて通知します。	
	(その他)			医療機関請求額 円 本人支給額 円	決 裁 欄		

※口座振替を選択しない方のみ領収時に記入してください。

出産育児一時金領収書

受付番号

様	領収日 令和 年 月 日
住所 大阪市 区	
受取人 氏名	
次のとおり受け取りました。金 円	ただし、次の被保険者の出産育児一時金
出産した被保険者の氏名	出産した日 令和 年 月 日

(提出先) 大阪市長

次のとおり葬祭費の支給を申請します。資格の認定に必要な公簿を閲覧されることに異議はありません。

※以下、太線の枠内のみ記入してください。

申請者	申請日	令和	年	月	日	
〒	-	住所	大阪市	区		
(フリガナ)	電話番号		-	-		
氏名	※必ずご記入ください(日中連絡の取れる電話番号)					
死亡した被保険者氏名	左記被保険者の死亡した日		令和	年	月	日
(昭和・平成・令和	年	月	日生)			
被保険者 記号(阪国	番号(上記申請者が葬祭を行った日				
申請者との続柄	令和	年	月	日		

上記葬祭費の支払については、次の口座に振替されるよう依頼します。

振込先金融機関名	預金種目	口座番号(右詰めでご記入ください)
銀行 信用金庫 信用組合	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 貯蓄預金	
本店 支店	(フリガナ)	
金融機関 コード []	店番号 []	口座名義

委任状(申請者以外の方が申請・受領する場合、記入が必要です)

委任者(申請者)	葬祭費に関する <input type="checkbox"/> 申請・ <input type="checkbox"/> 受領 を下記の受任者に委任します。	令和	年	月	日
氏名	住所	同上			
受任者	〒	-	住所	委任者との関係	受任者の本人確認ができるもの
(フリガナ)	日中連絡の取れる電話番号			<input type="checkbox"/> 免許証、マイナンバーカード等	
氏名	-	-			
同意書兼誓約書	<input type="checkbox"/> 大阪市が申請書等の事実確認のため、委任者に受任者の情報を提供することに同意します。 <input type="checkbox"/> 委任者の意思に基づかずに申請し給付を受領した場合は、速やかに委任者へ引き渡すことを誓約します。				

処理欄 受付	支給決定欄	支給方法	事実確認	死体火葬(埋葬)許可証	係長
資格確認	<input type="checkbox"/> 50,000円支給 <input type="checkbox"/> 不支給	<input type="checkbox"/> 口座振替 <input type="checkbox"/> 区役所銀行派出所の窓口払 左記のとおり決定し、申請者あて通知します。	(交付市区町村 第 号)	その他	担当者確認印
		決裁欄			

※口座振替を選択しない方のみ領収時に記入してください。

葬祭費領収書

受付番号

様	領収日	令和	年	月	日
住所	大阪市 区				
受取人	氏名				
次のとおり受け取りました。金	円	ただし、被保険者	に係る葬祭費		

大阪市

様

大阪市長

大阪市 区
 大阪市 区役所
 窓口サービス課（保険年金：保険）
 電話 06-9956
 FAX 06-

被保険者記号・番号	阪国
-----------	----

療養費等支給決定通知書

次のとおり決定したので通知します。

記

申請年月日	被保険者氏名	申請の種別	診療年月	支給決定額	支払方法	振込予定日

合計支給決定額	
---------	--

注 この決定について不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、大阪府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。

決定の取消しの訴えについては、上記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。この決定の取消しの訴えは、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箇月以内に、大阪市長を被告として（訴訟において大阪市長を代表する者は大阪市長となります。）、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。

- (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3箇月を経過しても裁決がないとき。
- (2) 決定、決定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。

ただし、上記の期間が経過する前に、この決定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、決定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、上記の期間やこの決定（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決定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。

—
大阪市

様

大 阪 市 長

—
大阪市 区 — —
大阪市 区役所
窓口サービス課 (保険年金：保険)
電 話 06— —9956
F A X 06— —

療養費等不支給決定通知書

令和 年 月 日付けの療養費等の支給申請については、次の理由により支給できませんので通知します。

記

年 月診療分	国民健康保険 療養費
被保険者記号・番号	被 保 険 者 氏 名
阪国	
(理由等)	

注 この決定について不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、大阪府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。

決定の取消しの訴えについては、上記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。この決定の取消しの訴えは、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箇月以内に、大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）、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。

- (1) 審査請求があった日の翌日から起算して3箇月を経過しても裁決がないとき。
- (2) 決定、決定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。

ただし、上記の期間が経過する前に、この決定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、決定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、上記の期間やこの決定（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決定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。

第三者行為による傷病届

項 目		内 容	
(被 保 険 者 名 等) 届 出 者	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号	
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	ふりがな 氏名 〒	生年月日 年 月 日 TEL ()
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	氏名 〒	TEL ()
(受 診 者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日	届出者の情報と同じ場合はチェック <input type="checkbox"/>	ふりがな 氏名 〒
	住所 / 電話	届出者との関係	生年月日 年 月 日 TEL ()
(第 三 者) 加 害 者	氏名	ふりがな 氏名 〒	TEL ()
	住所 / 電話		
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃	
	事故発生場所		
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)	
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ふりがな 氏名	
	登録番号 / 車台番号	登録番号	車台番号
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号 第 号
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名	担当部署
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL ()
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 〒	E-mail
	保険契約者名	ふりがな 氏名 〒	
	住所	〒	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号 第 号
	任意対人一括の有無	有 / 無	
被 害 者 加 入 の 保 険 会 社 の 関 与	関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名	担当部署
		担当者氏名	TEL ()
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※治療終了日(見込)については可能な範囲でご記入ください。	① 診療機関名	入院 有 / 無
		治療開始日	年 月 日
		治療終了(見込)	年 月 日
		TEL	()
		② 診療機関名	入院 有 / 無
		治療開始日	年 月 日
治療終了(見込)	年 月 日		
TEL	()		
③ 診療機関名	入院 有 / 無		
治療開始日	年 月 日		
治療終了(見込)	年 月 日		
TEL	()		
傷病届作成日 / 作成支援の有無	年 月 日	本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック	<input type="checkbox"/>

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。

国民健康保険一部負担金 減 免 徴収猶予 申請書

年 月 日

(提出先) 大阪市長

申請者 住所
(世帯主) 氏名

次のとおり国民健康保険一部負担金の 減 免 徴収猶予 を申請します。

被保険者記号・番号 阪国	療養の給付を受ける被保険者 氏名				世帯主との続柄	
	個人番号					
傷病名 1. 2. 3.			発病又は負傷年月日 1. 年 月 日 2. 年 月 日 3. 年 月 日			
療養見込期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間			一部負担金所要見込額 円			
申請事項	減 免 ・ 徴収猶予		期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間			
申請理由	一部負担金を支払えない理由を詳しく書いてください。					
世帯の 状 況	氏 名	続 柄	年 齢	職 業 (勤務先又は学校名)		月 収

国民健康保険一部負担金 減免 徴収猶予 証明書

保険医療機関等

被保険者記号・番号 阪国		世帯主氏名	
療養の給付を受ける被保険者 住所 氏名		世帯主との続柄	
傷病名 1. 2. 3.		発病又は負傷年月日 1. 年 月 日 2. 年 月 日 3. 年 月 日	
決定事項	免除 (又は徴収猶予)	期間 年 月 日から 年 月 日まで	月 日間

上記のとおり相違ないことを証明します。

第 号

年 月 日

大 阪 市 長



注 療養の給付を受ける際、この証明書を当該保険医療機関等に提出してください。

国民健康保険一部負担金 減 免 徴収猶予 不承認通知書

第 年 月 日 号

様

大 阪 市 長

年 月 日付で提出のあった一部負担金の 減 免 徴収猶予 の申請

については、次の理由により承認できませんので通知します。

理 由

注 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箇月以内に大阪府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箇月以内に、大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）、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。

- (1) 審査請求があった日の翌日から3箇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。

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。

国民健康保険一部負担金 減 免 取消通知書
徴収猶予

第 年 月 日 号

様

大 阪 市 長

年 月 日付け第 号で承認しました次の事項については、大阪市国民健康保険条例施行規則第 14 条第 項の規定により取り消しましたので通知します。
なお、給付済みの 相当額については、別紙納入通知書により返納してください。

承認事項	減 免 徴収猶予	承認 第 号
被保険者 記号	番 号	
	阪国_____	_____
被保険者氏名	取消年月日	年 月 日
理 由		

注 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箇月以内に大阪府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箇月以内に、大阪府を被告として（訴訟において大阪府を代表する者は大阪府知事となります。）、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。

- (1) 審査請求があった日の翌日から3箇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。

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。

国民健康保険一部負担金 減 免 取消通知書
徴収猶予

第 年 月 日 号

様

大 阪 市 長

年 月 日付け第 号で承認しました次の事項については、大阪市
国民健康保険条例施行規則第 14 条第 項の規定により 年 月 日に限り
取り消しましたので通知します。

承認事項	減 免 徴収猶予	承認 第 号
被保険者 記号	番 号	
阪国_____	_____	
被保険者 氏 名	世帯主との続柄	
世帯主 住 所	氏 名	



特例対象被保険者等に係る届出書

大 阪 市 長 様

年 月 日

住 所.....
 届出人 氏 名.....
 (世帯主)
 電話番号 ()

次のとおり、国民健康保険法施行令第 29 条の 7 の 2 第 2 項に規定する特例対象被保険者等であることを届け出ます。

対 象 者 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日生
個 人 番 号	
離 職 年 月 日	年 月 日
離 職 理 由	離職理由コード () による離職

..... 以下の欄は記入しないでください

処 理 欄	被保険者記号・番号	記号 阪国	番号
	受給資格者証 (通知) 確認		離 職 日 入 力
	軽 減 期 間	年 月 ~ 年 月	
	減 免 申 請	要 ・ 不要	
備 考			

第13号様式
ア 年次用

大阪市国民健康保険料 通知書

あなたの世帯の 年度の大阪市国民健康保険料を
次のとおり しましたので、通知します。

大阪市長

印

被保険者記号・番号

◎期別保険料額

	決 算 額 (円)		普通徴収の納期限
	普通徴収	特別徴収	
年度期別 保険料額	年4月期		
	5月期		
	6月期		
	7月期		
	8月期		
	9月期		
	10月期		
	11月期		
	12月期		
	年1月期		
	2月期		
	3月期		
計			
合計(年間保険料額)			

(普通徴収) 口座振替・納付書等による納付
(特別徴収) 年金からの保険料のお支払い
この通知書については、
時点で作成しています。

◎軽減の適用

--	--

◎保険料の納付方法
・普通徴収の場合

--

◎この通知書の発行事由

--	--

・特別徴収の場合

年金保険者
年金の種類

◎保険料内訳

	医療分(円)	支援金分(円)	介護分(円)	子ども分(円)	合計金額(円)
平等割額①					
均等割額②					
所得割額③					
軽減額④					
限度超過額⑤					
年間保険料額 (①～⑤計)					

◎翌年度仮徴収額(特別徴収)

	仮徴収額(円)
年4月期	
6月期	
8月期	

※ 翌年度仮徴収額(4月期・6月期・8月期)については、原則として当年度の2月期の期別保険料額と同額となります。

※子ども分の均等割額には18歳以上均等割額を含みます。
※減免の承認があったときでも、減免後の保険料が最高限度額を超えているため年間保険料額に変更がない場合があります。

◎被保険者別 年度算定基礎所得金額

介護第2号	18歳未満軽減	未就学児・産前後	100分の30	被 保 険 者 氏 名	算定基礎所得金額(円)

◎年度途中で75歳になる方の保険料について
年度途中で75歳となり後期高齢者医療制度へ移行される方は、誕生月の前月まで保険料がかかります。
他に被保険者がいる場合は、誕生月の前月までの保険料を含めて年度末までの納期に振り分けています。

※算定基礎所得金額とは、総所得金額等から基礎控除額を差し引いた金額のことです。
※「算定基礎所得金額」欄が「*****」の方は、調査中ですので、判明後さかのぼって所得割額を加算することがあります。
※「介護第2号」欄に「*」の表示のある方は、介護分保険料の計算対象の被保険者の方です。
※「18歳未満軽減」欄に「*」の表示のある方は、子ども・子育て支援金分の均等割を軽減しています。
※「未就学児・産前後」欄に「*1」の表示のある方は、未就学のことに対する軽減を、
※「*2」の表示のある方は、産前産後期間に係る軽減を適用しています。
※「100分の30」欄に「*」の表示のある方は、給与所得を100分の30にして計算しています。

◎月別被保険者数

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
被保険者数												
介護第2号												

(人)

◎ 年度保険料計算基準

	医療分保険料	支援金分保険料	介護分保険料	子ども分保険料
平等割(1世帯)	円	円	円	円
均等割(1人)	円	円	円	円
18歳以上均等割	円	円	円	円
所得割	%	%	%	%
最高限度額	円	円	円	円

◎月別特定世帯等・特定継続世帯等適用状況

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
適用状況												

※1: 特定世帯(平等割の2分の1を軽減します)。
※2: 特定継続世帯(平等割の4分の1を軽減します)。

イ 月次用

大阪市国民健康保険料 通知書

あなたの世帯の 年度の大阪市国民健康保険料を
次のとおり しましたので、通知します。

大 阪 市 長

印

被保険者記号・番号

(普通徴収) 口座振替・納付書等による納付 (特別徴収) 年金からの保険料のお支払い

◎普通徴収の納期限 各月の末日。ただし、その日が金融機関等の休業日等に当たるときは、翌営業日となります。また、12月期分保険料の納期限については、翌年の第一営業日です。

◎軽減・減免の適用

--	--

◎この通知書の発行事由

--	--

◎保険料内訳(今回保険料額)

	医療分(円)	支援金分(円)	介護分(円)	子ども分(円)	合計金額(円)
平等割額①					
均等割額②					
所得割額③					
軽減額④					
減免額⑤					
限度超過額⑥					
他区保険料額⑦					
年間保険料額 (①～⑦計)					

※子ども分の均等割額には18歳以上均等割額を含みます。
※減免の承認があったときでも、減免後の保険料が最高限度額を超えているため年間保険料額に変更がない場合があります。

◎被保険者別 年度算定基礎所得金額

介護第2号	18歳未満軽減	未就学児・産前後	100分の30	被保険者氏名	算定基礎所得金額(円)

※算定基礎所得金額とは、総所得金額等から基礎控除額を差し引いた金額のことです。
※「算定基礎所得金額」欄が「*****」の方は、調査中ですので、判明後さかのぼって所得割額を加算することがあります。
※「介護第2号」欄に「*」の表示のある方は、介護分保険料の計算対象の被保険者の方です。
※「18歳未満軽減」欄に「*」の表示のある方は、子ども・子育て支援金分の均等割を軽減しています。
※「未就学児・産前後」欄に「*1」の表示のある方は、未就学の子どもに対する軽減を、「*2」の表示のある方は、産前産後期間に係る軽減を適用しています。
※「100分の30」欄に「*」の表示のある方は、給与所得を100分の30にして計算しています。

◎期別保険料額

	決 定 額 (円)		変 更 前 の 額 (円)	
	普通徴収	特別徴収	普通徴収	特別徴収
年度保険料額				
年度保険料額				
年度期別保険料額	年4月期			
	5月期			
	6月期			
	7月期			
	8月期			
	9月期			
	10月期			
	11月期			
	12月期			
	年1月期			
	2月期			
	3月期			
計				
合計(年間保険料額)				

この通知書については、
時点で作成しています。

◎保険料の納付方法
・普通徴収の場合

--

・特別徴収の場合

--

◎翌年度仮徴収額(特別徴収)

	仮徴収額(円)
年4月期	
6月期	
8月期	

※ 翌年度仮徴収額(4月期・6月期・8月期)については、原則として当年度の2月期の期別保険料額と同額となります。

◎年度途中で75歳になる方の保険料について

年度途中で75歳となり後期高齢者医療制度へ移行される方は、誕生月の前月まで保険料がかかります。他に被保険者がいる場合は、誕生月の前月までの保険料を含めて年度末までの納期に振り分けています。

◎月別被保険者数 (人)

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
被保険者数												
介護第2号												

◎ 年度保険料計算基準

	医療分保険料	支援金分保険料	介護分保険料	子ども分保険料
平等割(1世帯)	円	円	円	円
均等割(1人)	円	円	円	円
18歳以上均等割	円	円	円	円
所得割	%	%	%	%
最高限度額	円	円	円	円

◎月別特定世帯等・特定継続世帯等適用状況

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
適用状況												

※1：特定世帯(平等割の2分の1を軽減します。)
※2：特定継続世帯(平等割の4分の1を軽減します。)

国民健康保険料徴収猶予申請書

年 月 日

大阪市長 様

住所

申請者
(世帯主)

氏名

次のとおり国民健康保険料の徴収猶予を申請します。

被保険者記号・番号	阪国			
年 度 区 分	年度			
猶 予 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 箇月間			
保 険 料 額	円	内 訳	年 月期分から 年 月期分まで	
理 由				
納 付 計 画 書	年 月 日	金 額 (円)	年 月 日	金 額 (円)
	上記の納付計画を 定めた理由			

注 徴収猶予が必要な理由を証明する書類を添付してください。
以下の欄は記入しないでください。

処 理	受 付			調 査			承認・不承認通知		
	番 号	月 日	係 員	月 日	係 員	番 号	月 日	係 員	

国民健康保険料徴収猶予 **決 定** 通知書
不承認

第 年 月 日

様

大阪市長



年 月 日付けで提出のあった国民健康保険料徴収猶予申請について、次のとおり通知します。

1. 決定します。

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	阪国							
年 度 区 分	年度							
猶 予 期 間	年	月	日から	年	月			
			日まで		箇月間			
保 險 料 額	円		内 訳	年	月 期分から			
				年	月 期分まで			
納 付 計 画	年	月	日	金 額	年	月	日	金 額
画	上記の納付計画を定めた理由							

2. 承認できません。

理由

(審査請求等)

この決定に不服がある場合は、この通知を受けた日の翌日から起算して3月以内に大阪府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。
 また、この審査請求に対する裁決を経た後でなければ決定の取消しの訴えを提起することはできません。ただし、次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは、当該裁決を経ないで当該訴えを提起できます。
 (1) 審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき
 (2) 決定、決定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
 決定の取消しの訴えは、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箇月以内に大阪市を被告として決定の取消しの訴えを提起することができます(訴訟において大阪市を代表する者は、大阪市長となります。)

国民健康保険料徴収猶予取消通知書

第 号
年 月 日

様

大阪市長



年 月 日付け 第 号で決定しました国民健康保険料の徴収猶予については、大阪市国民健康保険条例施行規則第 18 条第 1 項の規定により次のとおり取り消しましたので通知します。

被保険者記号・番号 阪国

内 年 月分から

徴収猶予取消保険料額

円 貳 年 月分まで

猶 予 取 消 年 月 日 年 月 日

取 消 理 由

注 この決定に不服がある場合は、この通知を受けた日の翌日から起算して 3 月以内に大阪府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。

また、この審査請求に対する裁決を経た後でなければ決定の取消しの訴えを提起することはできません。ただし、次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは、当該裁決を経ないで当該訴えを提起できます。

- (1) 審査請求があった日から 3 箇月を経過しても裁決がないとき
- (2) 決定、決定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

決定の取消しの訴えは、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 箇月以内に大阪市を被告として決定の取消しの訴えを提起することができます(訴訟において大阪市を代表する者は、大阪市長となります。)

(裏)

注1

注2

注3

備考

- 1 裏面の注1の部分に延滞金の計算方法を記載する。
- 2 裏面の注2の部分にこの通知書の記載事項に不服がある場合における救済の方法及び取消訴訟を行う場合の被告とすべき者、出訴期間等を記載する。
- 3 裏面の注3の部分に未納保険料等の納付場所を記載する。

国民健康保険料督促状

〒

区名	被保険者番号
----	--------

次の金額を納付書により裏面記載の納付場所まで至急納めてください。

発行日				
指定期限				
賦課年度	相当年度	期別	未納保険料	延滞金
			円	*
計				

*裏面の料率計算による額

大阪市長 印

様

お支払いの際は、下の部分を切り取りお出しください。

77	大阪市国民健康保険料 収入報告書(納入済通知書)	公	通常払込料金 加入者負担
----	-----------------------------	---	-----------------

加入者名	口座番号	合計金額	円
収納機関番号	納付番号	確認番号	納付区分
納期限	分類		

32	
----	--

納付者氏名	発行	領収日付印
CVS収納代行		(大阪市又はコンビニ本部控え)

大阪市国民健康保険料 原符兼払込金受領証	公
-------------------------	---

加入者名 口座番号

納付者氏名

年度	賦課年度	相当年度	区名
合計金額	円		

納付番号	領収日付印
大阪市	
区会計管理者	(金融機関又はコンビニ店舗控え)

□切り取らないで郵便局・金融機関にお出しください。

郵便局の窓口又は郵便局のATMでお支払いの場合は、左側一枚をお出しください。

大阪市国民健康保険料
領収証書

加入者名 口座番号

4 国民健康保険 国民健康保険料
事業会計歳入

年度

賦課年度	相当年度	区名	被保険者番号
期別	保険料額	督促手数料	延滞金
	円	円	円
計	円		
合計金額	円		

上記のとおり領収しました。

納付番号
CVS収納代行

大阪市	指定期限
	領収日付印
大阪市	区会計管理者

この領収書は2年間大切に保存してください。(納付者控え)

注1

注2

注3

備考

- 1 裏面の注1の部分にこの通知書の記載事項に不服がある場合における救済の方法及び取消訴訟を行う場合の被告とすべき者、出訴期間等を記載する。
- 2 裏面の注2の部分に延滞金の計算方法を記載する。
- 3 裏面の注3の部分に未納保険料等の納付場所を記載する。

ウ 国民健康保険法の規定による徴収金以外の歳入金用

第 年 月 日 号

様

大阪市長

印

督 促 状

次の が未納となっておりますので、指定期限までにお納めください。

調 定 年 度	年度
納付すべき金額 金	円
指 定 期 限	年 月 日

納付場所

本状の到着前に既に納付済みの場合は、行き違いですからご了承ください。

国民健康保険料延滞金減免申請書			・受託証書 ・領収証書	甲 冊 号 乙 冊 号 — —	整理番号	
(あて先) _____ 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">大 阪 市 長</p> </div> <div style="width: 55%;"> <p>申請者(世帯主) _____</p> <p>被保険者記号・番号 阪国 _____</p> <p>住 所 _____</p> <p>氏 名 _____</p> </div> </div> <p>次のとおり延滞金の減免を申請します。</p>						
賦課年度	相当年度	期 別	延 滞 金 保 険 料 額	減 免 事 由	大阪市国民健康保険条例施行規則第20条第1項	
年度	年度	月期分から 月期分まで	円		<input type="checkbox"/> 震災、風水害、火災、 その他災害 ()	
			円			<input type="checkbox"/> 事業又は業務の休廃止、失業、 その他著しい収入減少 ()
			円			
年度	年度	月期分から 月期分まで	円			
			円			
年度	年度	月期分から 月期分まで	円			
			円			