

国国民届字
民健康力
年金保本人
加入者
入者
は、
年金は、
手帳国民
または健康
個人保険
番号の加入
の代理者
の確認が
できる
ものが
必要
です。

住民異動届

(あて先) 大阪市

区 長

令和	年	月	日	異動	令和	年	月	日	届出																						
これらの住所 〒				()方				世帯主の氏名				届出人の氏名・資格																			
いままでの住所 〒				()方				世帯主の氏名				☐ 本人 ☐ 世帯主 ☐ 代理人(住所・氏名) 印 自署または 記名押印																			
本年1月1日現在の住所				()方				昼間の連絡先(電話番号)				() —																			
												個力・免・パ・保・年・住基力・在留力・()・無 質問()																			
												代理権限				委任状・()				未		通知()									
フリガナ				生まれた日				外国籍の方のみ書いてください				印鑑		国保被保証		国保高受証		医療保険種別		国保得喪年月日		得喪		国年種別		児童		介護			
氏名				世帯主との続柄				性別		① 国籍・地域		④ 在留資格								給付開始年月日		取得・種交年月日		基礎年金番号		認定		入所			
				明・大・昭・平・令／西暦				①		④		有		回収 未回収 訂正 未訂正 引換交付		回収 未回収 訂正 未訂正 引換交付		国保・後期 共済・国組 健保・船員		・ ・		得・喪		1・任・無 ・ ・		有		有			
1				年 月 日				②		⑤ 年 月 / 日		・		訂正 未訂正 引換交付		訂正 未訂正 引換交付		共済・国組 健保・船員		・ ・		—		—		無		無			
				続柄				男 女		③ 特永・中長・()		⑥ 年 月 日		無		引換交付		引換交付		健保・船員		・ ・		—		—		無			
				明・大・昭・平・令／西暦				①		④		有		回収 未回収 訂正 未訂正 引換交付		回収 未回収 訂正 未訂正 引換交付		国保・後期 共済・国組 健保・船員		・ ・		得・喪		1・任・無 ・ ・		有		有			
2				年 月 日				②		⑤ 年 月 / 日		・		訂正 未訂正 引換交付		訂正 未訂正 引換交付		共済・国組 健保・船員		・ ・		—		—		無		無			
				続柄				男 女		③ 特永・中長・()		⑥ 年 月 日		無		引換交付		引換交付		健保・船員		・ ・		—		—		無			
				明・大・昭・平・令／西暦				①		④		有		回収 未回収 訂正 未訂正 引換交付		回収 未回収 訂正 未訂正 引換交付		国保・後期 共済・国組 健保・船員		・ ・		得・喪		1・任・無 ・ ・		有		有			
3				年 月 日				②		⑤ 年 月 / 日		・		訂正 未訂正 引換交付		訂正 未訂正 引換交付		共済・国組 健保・船員		・ ・		—		—		無		無			
				続柄				男 女		③ 特永・中長・()		⑥ 年 月 日		無		引換交付		引換交付		健保・船員		・ ・		—		—		無			
				明・大・昭・平・令／西暦				①		④		有		回収 未回収 訂正 未訂正 引換交付		回収 未回収 訂正 未訂正 引換交付		国保・後期 共済・国組 健保・船員		・ ・		得・喪		1・任・無 ・ ・		有		有			
4				年 月 日				②		⑤ 年 月 / 日		・		訂正 未訂正 引換交付		訂正 未訂正 引換交付		共済・国組 健保・船員		・ ・		—		—		無		無			
				続柄				男 女		③ 特永・中長・()		⑥ 年 月 日		無		引換交付		引換交付		健保・船員		・ ・		—		—		無			
				明・大・昭・平・令／西暦				①		④		有		回収 未回収 訂正 未訂正 引換交付		回収 未回収 訂正 未訂正 引換交付		国保・後期 共済・国組 健保・船員		・ ・		得・喪		1・任・無 ・ ・		有		有			
5				年 月 日				②		⑤ 年 月 / 日		・		訂正 未訂正 引換交付		訂正 未訂正 引換交付		共済・国組 健保・船員		・ ・		—		—		無		無			
				続柄				男 女		③ 特永・中長・()		⑥ 年 月 日		無		引換交付		引換交付		健保・船員		・ ・		—		—		無			
異動理由		市外転入出		区内転居		世帯区分	普通		新証番号	区コード		証回収		大阪府内からの転入の場合、下記について、ご記入ください。										新証交付年月日		仮登録入力		確認		所得照会入力	
		区間転入出		社保離加入			国保被保証			1・2・3・4・5		従前の世帯構成から変更(有・無)										・ ・									
		出生・死亡		生保開廃止			旧証番号			区コード		年金届出		全終連絡		従前の世帯主から変更(有・無)															
		世帯分離合併		世帯主変更			区コード			済・未		1・2・3・4・5()		個人番号の変更時期(有・無)												確定登録入力		確認			
		異動保留		氏名変更			区コード			済・未		国保加入世帯と合併する場合、その世帯の証記号番号		証記号 転国 番号																	
		復活		続柄変更			区コード			済・未		国保加入世帯と合併する場合、その世帯の証記号番号		証記号 転国 番号																	
		()					区コード			済・未		国保加入世帯と合併する場合、その世帯の証記号番号		証記号 転国 番号																	
異動理由		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
異動理由		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
異動理由		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
異動理由		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
異動理由		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
異動理由		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
異動理由		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
異動理由		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
異動理由		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
異動理由		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
異動理由		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
異動理由		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
異動理由		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
異動理由		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
異動理由		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
異動理由		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
異動理由		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
異動理由		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
異動理由		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
異動理由		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
異動理由		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号										回収		限適 特疾											
		後期被保証		該当者		1・2・3・4・5		被保険者番号																							

国民健康保険資格確認書 交付申請書

受付印

(あて先) 大阪市長 次のとおり申請します。

申請日	年 月 日	
申請者	氏 名	電 話
	住 所	
	世帯主からみた関係 ☐ 世帯主本人 ☐ 世帯員 () ☐ その他 ()	
世帯主	氏 名	個人番号

※代理人が手続きをする場合は、世帯主の委任状が必要です。
※大阪市内で異動した場合は、再度申請が必要となります。

・ここから下の太枠内は、交付を希望する人について記入してください。

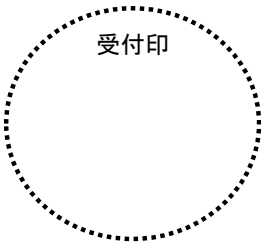
住所		☐ 同上 (申請者と同じ住所の場合は記載不要)									
1	氏 名	(申請理由) 1. カード紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()									
	生年月日	年 月 日	個人番号								
2	氏 名	(申請理由) 1. カード紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()									
	生年月日	年 月 日	個人番号								
3	氏 名	(申請理由) 1. カード紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()									
	生年月日	年 月 日	個人番号								
4	氏 名	(申請理由) 1. カード紛失 2. カード返納 3. 介助 4. その他 ()									
	生年月日	年 月 日	個人番号								
記載上の注意 申請理由欄の 補足説明		1. マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない 2. マイナンバーカードを返納する予定である。 3. 介助者等の第三者が高齢者又は障がい者である被保険者本人に同行して本人の資格確認を 補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である。 4. その他 ※マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができない事情を具体的に記載ください (注) マイナンバーカードを取得していない方、マイナンバーカードを取得しているが保険証利用登録を 行っていない方には、申請によらず資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。									

【以下は職員が記入します】

(本人確認)		
☐ 運転免許証	☐ パスポート	☐ マイナンバーカード
☐ 障がい者手帳	☐ 在留カード	
☐ その他 ()		

処理者	確認者

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 ☐ 世帯主本人 ☐ 世帯員 () ☐ 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	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
		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			
	☐ 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 ()			
	☐ 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	備 考

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 ☐ 世帯主本人 ☐ 世帯員 () ☐ 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			
	☐ 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 ()			
	☐ 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

国民健康保険高齢受給者証再交付申請書

受付印



(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 ☐ 世帯主本人 ☐ 世帯員 () ☐ その他 ()					
世帯主	氏名		個人番号			

次のとおり高齢受給者証の再交付を申請します。
なお、紛失または盗難の高齢受給者証を発見したときは、直ちに返納し、不正使用等はありません。

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 個 人 番 号	1 破 損 ・ 汚 損 2 紛 失 ・ 盗 難 ・ 焼 失 3 その他
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					
	☐ 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 ()					
	☐ 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 等	入 力	資 格 確 認 書 等	資 料 番 号	備 考	
	・ ・		回 収 年 月 日	未 回 収 整 理		

収入の有無に関わらず必ず提出してください。

所得申告書の書き方

この申告書は、国民健康保険料や後期高齢者医療保険料を計算するための申告書です。
市・府民税の申告が必要な方※についてはこの申告書ではなく、『市・府民税申告書』を提出する必要があります。

※ 市・府民税の申告が必要な方は、前年中（1月～12月の1年間）の合計所得金額が、次の算式で求めた金額を超える方となります。

- ◎ 控除対象配偶者および扶養親族がいない場合
→ 45万円（給与収入の場合年収100万円）
- ◎ 控除対象配偶者または扶養親族がいる場合
→ 35万円×（本人＋控除対象配偶者＋扶養親族）の人数＋31万円

◆ 所得の申告

- ◎ 申告をされていない方
→ 「1 していない」に○を記入し、①もしくは②に、収入の内容等を記入してください。
- ◎ 税務署、市税事務所、他の市町村に所得の申告をされた方
→ 「2 している」に○を記入し、申告年月日・申告先を記入してください。
（①及び②の記入は不要です。）

◆ 営業所得等

「製造業・卸売業・小売業・サービス業」などの事業から生ずる収入金額から、必要経費を差し引いた金額を記入してください。

- ・ 収入金額・・・前年中に収入することが確定した金額
- ・ 必要経費・・・収入をあげるために要した経費（商品の原価、雇用費、地代、家賃など）
- ・ 所得金額・・・収入金額から必要経費を差し引いた金額

◆ 給与収入

給料・賃金・ボーナスなど、前年中（1月～12月の1年間）に給与として収入することが確定した金額（所得税を源泉徴収する前の金額）を記入してください。

パート・アルバイトで得た収入についても、この欄に記入してください。

給与収入のうち、家族から事業専従者給与として得た収入がある場合は、その収入金額についても記入してください。

◆ 年金収入

◎ 次の年金は非課税年金です。

遺族年金・障がい年金・老齢福祉年金を受給されている方は、該当する年金の種類に○を記入してください。金額の記入は必要ありません。

◎ 上記以外の年金を受給している方は、年金の種類と収入金額を記入してください。

例：老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金など

◆ 上記以外の所得

◎ 上記以外の所得がある場合は、該当する所得の番号と所得金額を記入してください。

「170 その他の所得」に該当する場合は、その他の所得名称も記入してください。

記入していただく金額は、収入金額から必要経費を差し引いた金額になります。

◎ 利子所得や配当所得については、源泉分離課税のものを除いた金額を記入してください。

※ 記入していただいた内容について、お電話にて確認させていただく場合があります。

《 国民健康保険の資格について 》

会社の健康保険や共済組合保険等に参加されている方が世帯にいる場合、その方の健康保険に被扶養者として加入できる場合があります。

他の健康保険に参加された場合、国民健康保険に参加する必要はありませんので、この機会にあなたの国民健康保険の加入資格について、もう一度お確かめください。

また、他の健康保険に参加された場合は、14日以内にお住まいの区の区役所保険年金業務担当へ本市の国民健康保険をやめる届出をお願いします。

賦課決定の期間制限について

国民健康保険法の改正により、平成27年度以降の保険料については、その年度の最初の納期（これ以降に本市の国民健康保険に参加した場合は加入日）の翌日から起算して2年を経過した日以降は、原則、当該年度の保険料の賦課決定ができません。

本市の国民健康保険をやめるときの届出や、所得申告書の提出が遅れた場合なども、上記の期間制限に該当すると、納付した保険料を還付できなくなりますので注意してください。

特例対象被保険者等に係る届出書

大 阪 市 長 様

令和 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	昭和・平成 年 月 日生
離 職 年 月 日	令和 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 阪国東淀	番号				
	受給資格者証確認		離 職 日 入 力				
	軽 減 期 間	令和 年 月～令和 年 月					
	減 免 申 請	要 ・ 不要					
備 考							
1 1 1 2 2 1 2 2 2 3 3 1 3 2 3 3 3 4							

学 国民健康保険法第116条 該当・非該当 申請書

(あて先) 大阪市長

令和 年 月 日

受付年月日

申請者(世帯主) 住 所 _____

氏 名 _____

個人番号 (_____)

電話番号 (_____ - _____ - _____)

次のとおり 被保険者証 資格確認書 を添えて申請します。

被 保 険 者 記 号・番 号	(記号) 阪国	(番号)	該 当 非該当	年 月 日	平・令	年	月	日	備 考		
住所を離れる 被 保 険 者	氏 名										
	個人番号										
	修学先で の 住 所										
学 校	名 称										
	所 在 地										
	修学年限	年	学 年	年	学 校 資格確認書交付申請期間 (修 学 予 定 期 間)	平・令	年	月		日から 平・令	年

※申請者(世帯主)欄及び太線の枠内を記入してください。

ご注意 1 「学校」欄は、該当届の場合のみ記入してください。

2 非該当届の場合は、学 資格確認書等も同時に提出してください

処 理 欄	資 格 確 認 書 等	学 資格確認書等	入 力
	・	交付	・
		回収	

資 料 番 号

(資203)

☐ 国民健康保険資格確認書等

送付先変更申請書 兼 誓約書

受付年月日

☐ 国民健康保険料決定通知書

令和 年 月 日

(あて先) 大 阪 市 長

申 請 者 住 所

氏 名

電話番号 (— —)

被保険者との関係 成年後見人・保佐人・補助人・任意後見人

次の世帯の国民健康保険資格確認書等について、次のとおり送付先変更を申請し、受領した国民健康保険資格確認書等について、適正に管理することを努めます。

なお、成年後見人等の解任等により、送付先変更が必要でなくなった場合は、速やかに区役所保険年金業務担当へ届け出ます。

記

1 送付先変更対象となる被保険者世帯

(1) 記 号 ・ 番 号 阪国.....

(2) 被保険者の住所

電話番号 (— —)

(3) 被保険者氏名等

被 保 険 者 氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄
	昭 ・ 平 年 月 日	男 ・ 女	世帯主
	昭 ・ 平 年 月 日	男 ・ 女	
	昭 ・ 平 年 月 日	男 ・ 女	
	昭 ・ 平 年 月 日	男 ・ 女	

2 送 付 先 指 定 地 〒 —

3 送 付 先 変 更 理 由

4 送 付 先 変 更 希 望 期 間

自 令和 年 月 日 ～ 至 令和 年 月 日

【注意】・申請時には、次の書類をご用意ください。

① 成年後見人等にかかる登記事項証明書

② 申請者の本人確認資料（運転免許証・パスポート等）

③ 送付先住所確認資料（送付先が申請者の住所以外（弁護士事務所等）の場合のみ）

④ 被保険者（世帯主）の同意書（保佐人・補助人の場合のみ）

・申請者以外のあて名で、送付することはできません。

国民健康保険法第116条の2に基づく異動届

令和 年 月 日

(あて先) 大阪市長

社会福祉施設入所等に伴い、住所地（居住地）の特例を 受けることとなった
受けなくなった
ので届出します。

届出者 住所（居住地）

氏 名

個 人 番 号

被保険者 記号・番号	(記号) 阪国	(番号)									
被保険者の 氏 名											
個 人 番 号											
上 記 の 者 が 施 設 に 入 所 し た 年 月 日							平成・令和 年 月 日				
入所施設の 名 称											
上記施設の 所 在 地											
施設入所前 の 住 所	大阪市 区										
住 所 地 の 特 例 を 受 け ら れ な く な っ た 年 月 日							平成・令和 年 月 日				

保 険 年 金 業 務 担 当 処 理 欄（ここから下は記入しないでください）											
決 裁	課 長	課長代理	係 長		係 員	☐ 住所地特例入力 ☐ 被保険者証（回収） ☐ 資格確認書（回収・訂正・交付） ☐ 高齢受給者証（回収・訂正・交付） ☐ 資格情報のお知らせ（訂正・交付） ☐ その他（ ）					

産前産後期間に係る保険料軽減届出書

大阪市長 様

令和 年 月 日

大阪市国民健康保険条例第 17 条の 2 第 5 項に規定する出産被保険者について、次のとおり届け出ます。

被保険者記号・番号		記号 阪国	番号
世帯主	氏名		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
	住所		
	個人番号		
	電話番号		
出産する方	☐ 世帯主と同じ ☐ 世帯主以外（以下の欄に記入してください）		
	氏名		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
	住所		
	個人番号		
	電話番号		
出産予定日又は出産日		令和 年 月 日	
単胎妊娠又は多胎妊娠の別		☐ 単胎 ☐ 多胎	

1. この届出書は、出産予定日の6か月前から提出することができます。
2. 出産後にこの届出書を提出する場合は、出産予定日の代わりに出産日を記入してください。なお、以前お住まいの市町村に産前産後期間の保険料軽減について届け出ていた場合は、その際に届け出た出産予定日又は出産日を記入してください。
3. 届出に当たっては、この届出書に次の書類を添付してください。

①出産予定日（出産後に届出を行う場合は出産日）を確認することができる書類

②単胎妊娠又は多胎妊娠の別を確認することができる書類

③出産後に届出を行う場合は、親子の関係を確認することができる書類

【例】母子健康手帳、医療機関が発行した証明書等
- <ここより下には記入しないでください>
- 〈本市処理欄〉
- | | | | |
|--------|-----------------|---------|--|
| 添付書類 | | システム入力日 | |
| 軽減適用期間 | 令和 年 月 ～ 令和 年 月 | | |
| 【備考】 | | | |

※いずれかの□に✓を記入してください

受付印

提出先　　大阪市長

令和 年 月 日

被 保 険 者	フリガナ	生 年 月 日		大正・昭和 平成・令和 西暦 年 月 日		
	氏 名					
	住 所	(郵便番号 -)				
	連 絡 先 電 話 番 号					
	被保険者記号(※)	被保険者番号				枝番 (※)

※「被保険者記号」「枝番」については、国民健康保険の場合のみ記載してください。

代理人	代理人氏名		本人との関係	
	代理人住所	(郵便番号 -)		
	連絡先電話番号			

※代理人が手続きをする場合は、被保険者からの委任状が必要です。

(解除を希望する理由)

(解除を希望する理由)

(利用登録の解除に伴う注意事項)

- ※ 利用登録の解除をすると、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を行うことはできなくなります。
- ※ 利用登録の解除を申し出された方には、お手持ちの健康保険証の有効期限までに資格確認書を交付します。解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書または健康保険証の持参が必要です。
- ※ 利用登録解除の申出をされた後、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面に反映されるまで、1～3か月程度かかります。国民健康保険または後期高齢者医療制度に加入された当月中に、転出等により別の医療保険者等に異動した場合は、本市で利用登録の解除処理が行えないため、異動後の医療保険者等に対し、改めて利用登録の解除を申し出てください。その場合、本申出書は返却しません。
- ※ マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータに基づいたよりよい医療を受けることができます。
- ※ マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、ご本人の医療情報の漏洩等セキュリティ上のリスクが生じることはありません。
- ※ 健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続きを行うことは可能です。健康保険証の利用登録は、マイナポータルやセブン銀行ATMのほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。

【以下は職員が記入します】

(本人確認)

☐ 運転免許証	☐ パスポート	☐ マイナンバーカード*
☐ 障がい者手帳	☐ 在留カード*	
☐ その他（　　　　　　　　　　　）		

処理者	確認者

国民健康保険療養費等支給申請書（平成令和年 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・領収書等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。

申請者(世帯主)

申請日 令和 年 月 日

受付
番号

受付印

住所	〒	一	大阪市	東淀川区
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
証交付	年	月	日

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

※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。

査定	
食事・生活療養	円
療養	円
一部負担金	円
支給決定額	円

食事・生活療養費差額	
460 (360 - 260) × 210 100	回 = 円
(210 - 160) × 100	回 = 円
(160 - 100) ×	回 = 円
長期該当日	年 月 日

申請 種 別	1 ☐ 医科 (入院)	申請 理 由	1 ☐ 療養費払いのため	申請 区 分	1 ☐ 療養費
	2 ☐ 医科 (入院外)		2 ☐ 証の申請期間中のため		4 ☐ 食費・生活療養費差額支給(※)
	5 ☐ 歯科		3 ☐ 食事・生活療養費の差額申請		5 ☐ 移送(※)
	6 ☐ 調剤		4 ☐ 大阪府外受診のため		6 ☐ 結核・精神
	7 ☐ 装具		5 ☐ その他 (急病等)		7 ☐ 特別療養費(※)
	9 ☐ 鍼灸		〔 〕		8 ☐ 高齢者差額支給
	10 ☐ マッサージ				9 ☐ 高齢者療養費追加支給
	11 ☐ 柔整				負傷等の原因 〔 〕
	12 ☐ その他				
	13 ☐ 訪問看護		2 ☐ 業務上の事故		
14 ☐ 移送費	8 ☐ 限度額適用のため	3 ☐ その他			
23 ☐ 限度額適用	9 ☐ 海外療養費				

決定	☐ 支給	処理欄
	☐ 不支給	

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	支払帳票出力	通知

受診 内 容	診療を受けた医療機関等		
	名称	所在地	別添参照
	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
	別添参照		別添参照
	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 (食事 回)		年 月 日装着
	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		
金融機関コード		銀行 信用金庫 信用組合	支店	1	☐ 普通預金	
				2	☐ 当座預金	
				3	☐ 貯蓄預金	
口座番号 (右詰めでご記入ください。)			フリガナ	(カタカナ)		
			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 ☐ 申請・ ☐ 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	〒 一 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		☐ 保険証、免許証、マイナンバーカード等
	氏名		一 一		
	同意書兼誓約書	☐ 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。 ☐ 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。			

大阪府国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

(提出先) 大阪市長

次のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。資格の確認に必要な公簿を閲覧されることに異議ありません。

※太線の枠内のみご記入ください。

申請者(世帯主)		申請日	令和 年 月 日
住所	〒 大阪市 東淀川 区		
(フリガナ)		電話	— —
氏名	(男・女)	※必ずご記入ください (日中連絡の取れる電話番号)	
個人番号			

対象者

申請種別 (該当する番号に○、該当する項目に印または記入をしてください)				
1 限度額適用認定	5 変更	理由…	☐ 破損 ☐ 汚損 ☐ 紛失 ☐ 盗難 ☐ 焼失 ☐ その他	
2 限度額適用・標準負担額減額認定	6 再交付			
3 標準負担額減額認定 (※69歳以下のみ)				
4 長期該当認定 (※入院日数を確認できる書類が必要です)				
被保険者 記号・番号		(フリガナ)	続柄	
阪 国 東 淀		氏 名	(男・女)	
生年月日	昭和 令和 年 月 日	個人番号		
申請の区分 (上記申請種別が1～3の場合記入のこと) ア 区分ア カ 現役並みⅡ イ 区分イ キ 現役並みⅠ ウ 区分ウ ク 生活保護申請却下 エ 区分エ ケ その他 オ 市民税非課税 (区分オ・区分Ⅱ・区分Ⅰ)				
受付・適用確認	申請書入力	納付確認	審査	通知
		☐ 完納 ☐ 滞納		

以下は、申請種別が「長期該当認定」の場合のみ記入してください。

申請月の前12か月の 入院期間(日数)	保 険 医 療 機 関 等 名 称 所 在 地	認定証取得日 平成 令和 年 月 日
平成・令和 年 月 日から		長期入院該当日(91日目該当日) 平成 令和 年 月 日
平成・令和 年 月 日まで (日)		長期入院該当認定日 平成 令和 年 月 日
平成・令和 年 月 日から		決裁(認定)日 平成 令和 年 月 日
平成・令和 年 月 日まで (日)		認定証交付(変更)日 平成 令和 年 月 日
平成・令和 年 月 日から		
平成・令和 年 月 日まで (日)		
直近1年間で合計90日間 入院をしていますか？ ☐ 入院しています ☐ 入院していません		

委任状 (世帯主以外の方が申請・証の受取をされる場合、記入が必要です)				
委任者 (世帯主)	限度額適用・標準負担額減額認定証に関する ☐ 申請 ☐ 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	☐ 保険証、免許証、 マイナンバーカード等	
氏名				
同意書兼 誓約書	☐ 大阪府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。 ☐ 委任者の意思に基づかず申請し受領した場合は、速やかに委任者へ引き渡すことを誓約します。			

起案日 令和 年 月 日	決 定 内 容			
課 長	課長代理	係 長	係 員	
決 裁	☐ 認定 ☐ 区分ア ☐ 現役並みⅡ ☐ 保険料滞納 ☐ 区分イ ☐ 現役並みⅠ ☐ 却下 ☐ その他 ☐ 区分ウ ☐ 区分Ⅱ (理由) { ☐ 区分エ ☐ 区分Ⅰ			

受領者

高額療養費支給申請書

(平成令和 年 月分)

(提出先)

大 阪 市 長

受付印

次のとおり療養に要した費用の支給を明細書、領収書等を添付のうえ申請します。
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。

申請者（世帯主）										申請日		令和 年 月 日		受付番号	
フリガナ										被保険者 記号番号		阪国 東淀			
氏 名										生年月日		昭和 平成 令和		年 月 日	
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)	
住 所										〒 — 大阪市 東淀川 区					

療養を受けた被保険者の氏名										個 人 番 号									

他の制度により自己負担額が無料または低額になっているもの										あり・なし		自己負担額		あり・なし	
公費負担医療 ・ 医療助成制度										制 度 名 :					
医療機関が実施している事業など										医療機関名 :					

第三者行為又は業務上の事故										該 当 （ 第三者 ・ 業務上 ） ・ 非該当											
第三者行為又は業務上の事故による傷病において診療を受けた医療機関等										名 称											
										所在地											

受領方法	口座振替（以下もご記入ください。）
------	-------------------

領収書の件数	
写しの件数	

上記高額療養費の支払いについては、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	普通預金
												2	当座預金
金融機関 コード						店番号				4	貯蓄預金		
口座番号(右詰めでご記入ください。)										フリガナ			
										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)		高額療養費に関する ☐ 申請 ・ ☐ 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						保険証、免許 証、マイナン バーカード等	
		氏 名				— —						☐	
同意書兼 誓約書		☐ 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。 ☐ 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。											

受 付	金額確認	資格確認	申請書入力	☐ 支 給 ☐ 不 支 給		処 理 欄			
				区分	世 帯 全 体		☐ ア ☐ イ ☐ ウ ☐ エ ☐ オ		
計算処理 審 査					70歳以上の世帯		☐ 現Ⅲ ☐ 現Ⅱ ☐ 現Ⅰ ☐ 一般 ☐ 適Ⅱ ☐ 適Ⅰ		
				保 護 却 下		☐ 該 当		☐ 非 該 当	
				多 数 該 当		☐ 該 当		☐ 非 該 当	
通 知	備 考	☐ 75歳到達月特例対象 ☐ 成年後見人からの申請 ☐ 相続人からの申請							

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

受付番号

(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同意します。

※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 東淀川 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	
(昭和・平成 年 月 日生)		令和 年 月 日	
個人番号		出産の種類	
		☐ 生産 ☐ 流産(妊娠 週) ☐ 死産	
被保険者 記号(阪国 東淀) 番号()		直接支払制度	☐ 利用している ☐ 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	
銀行	本店	☐ 普通預金 ☐ 当座預金			
信用金庫		☐ 貯蓄預金			
信用組合	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 ☐ 申請 ・ ☐ 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		☐ 保険証、免許証、マイナンバーカード等
	氏名		- -		
同意書兼誓約書		☐ 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。 ☐ 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 資格確認	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	
		(第 号)		☐ 404,000円支給 ☐ 408,000円支給 ☐ 16,000円加算 ☐ 12,000円加算 (産科医療補償) (産科医療補償)	☐ 口座振替 ☐ 区役所銀行派出所の窓口払		
		出生(死産)届	担当者確認印	☐ 不支給		左記のとおり決定し、申請者あて通知します。	
		(その他)		支給決定額の内訳		決裁欄	
				医療機関請求額 円		課長	
				本人支給額 円		課長代理	
						担当係長	
						係員	

※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	

国民健康保険葬祭費支給申請書

受付番号

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

上記葬祭費の支払については、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		口座番号(右詰めでご記入ください)	
銀 行	本店	☐ 普通預金	☐ 当座預金		
信用金庫	支店	☐ 貯蓄預金			
信用組合	(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 ☐ 申請・ ☐ 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		
	(フリガナ)			日中連絡の取れる電話番号	
	氏 名				委任者との関係
	同意書兼誓約書	☐ 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。 ☐ 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 資格確認	支給決定欄	支給方法		事 実 確 認	死体火葬(埋葬)許可証	係 長
	☐ 50,000円支給	☐ 口座振替 ☐ 区役所銀行派出所の窓口払			(交 付 第 号)	
	☐ 不支給	左記のとおり決定し、申請者あて通知します。			そ の 他	担当者確認印
	決 裁 欄	課 長	課長代理		係 長	係 員

※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	

誓約書

令和 年 月 日

(提出先) 大 阪 市 長

住 所

氏 名

受給権者
被保険者 の死亡により、下記の療養等の申請、
請求及び受領に関する一切を 相続人
請求者 を代表して、私が行いそ
の責任を全て負うことを誓約します。

記

- 1 大阪市国民健康保険療養費
- 2 大阪市国民健康保険高額療養費
- 3 大阪市国民健康保険高額介護合算療養費等
- 4 大阪市国民健康保険食事療養費
- 5 大阪市国民健康保険移送費
- 6 大阪市国民健康保険訪問看護療養費
- 7 大阪市国民健康保険特別療養費
- 8 大阪市国民健康保険出産育児一時金
- 9 大阪市国民健康保険葬祭費
- 10 大阪市国民健康保険傷病手当金

葬祭を行った者の氏名

(添付書類)

- ・ 誓約者の本人確認ができるもの
- ・ 戸籍謄本等（被保険者との関係を証明するもの）



大阪府国民健康保険 特定疾病認定申請書

対象者(認定を受ける者)

被保険者記号・番号		(フリガナ)	世帯主との続柄	
阪国	東淀	氏名	(男・女)	
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
個人番号				

医 師 の 意 見 書 欄	認定疾病名	☐ 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ☐ 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 ☐ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)
	発病年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	特記事項	
	上記の疾病で現在加療中であり、今後とも長期の加療を要するものと認めます。 令和 年 月 日 所在地 保険医療機関 名称 電 話 - - 医師名	

上記のとおり特定疾病の認定を申請します。

(提出先) 大 阪 市 長

申請者(世帯主)

申請日		令和 年 月 日
住所	〒 大阪市 東淀川区	個人番号
(フリガナ)		日中連絡の取れる電話番号
氏名		※必ずご記入ください

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)	特定疾病療養受療証に関する ☐ 申請・ ☐ 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			☐ 保険証、免許証、マイナンバーカード等	
	同意書兼誓約書	☐ 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。 ☐ 委任者の意思に基づかずに申請し受領した場合は、速やかに委任者へ引き渡すことを誓約します。			

注 「医師の意見書欄」の証明がない方は、認定を受けようとする疾病にかかっていることに関する医師または、歯科医師の意見書その他該当疾病にかかっていることを証する書類の添付が必要です。

受付・資格確認	申請書入力	審 査	※人工透析(70歳未満) ☐ 区分ア・イ [2万円] ☐ 区分ア・イ以外 [1万円]		特定疾病療養受療証 受領署名欄
☐ この申請は特定疾病として認定し、特定疾病療養受療証を交付するものとする。			起案日 令和 年 月 日		決 裁
☐ この申請は特定疾病として認定できないので不承認とし、申請者に通知するものとする。			課 長 課長代理 係 長 係 員		決 裁
					決裁(認定)日 令和 年 月 日
					証 交 付 日 令和 年 月 日

後期高齢者医療資格取得（変更・喪失）届書

被保険者番号																													
区 分		新 規（変更・喪失）						変 更 前									事 由												
(フリガナ)																	1 新 規 ☐ 75歳に到達 ☐ 他の市町村から転入 ☐ 法第51条に非該当 ☐ 法第55条該当 ☐ 法第55条の2該当 ☐ その他（ ） 上記の事由発生年月日 （ . . ）												
氏 名																													
生 年 月 日		年 月 日生				性 別				年 月 日生																			
住 所 ・ 居 住 地 （施設名及び施設所在地）																													
個 人 番 号																							2 変 更 ☐ 氏名の変更 ☐ 同一市町村内の転居 ☐ 世帯・世帯主の変更 ☐ 法第55条第2項適用 ☐ 法第55条の2第2項適用 ☐ 継続居住地変更 ☐ その他（ ）						
マイナンバーカード （※）の健康保険証利用登録の有無		☐ 有 ☐ 無															☐												
世帯主	氏 名																上記の事由発生年月日 （ . . ）												
	性 別																												
	生 年 月 日	年 月 日生						年 月 日生									3 喪 失 ☐ 死 亡 ☐ 他の市町村への転出 ☐ 法第50条第2号非該当 ☐ 法第51条該当 ☐ 法第55条不適用 ☐ 法第55条の2不適用 ☐ その他（ ）												
	個 人 番 号																												
	続 柄																												
同 一 世 帯 の 他 の 被 保 険 者 （有 ・ 無 ）		氏 名		被 保 険 者 番 号				氏 名		被 保 険 者 番 号				上記の事由発生年月日 （ . . ）															
理由：																													
上記のとおり関係書類を添えて届出いたします。 年 月 日 住 所 (居住地) 氏 名																													
大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛																													

(裏)

※ 即日交付を必要とするやむを得ない理由

・数日中に受診予定あり 年 月 日受診

医療機関名 ()

・入院又は入所中のため 病院・施設名（ ）

入院・入所日 年 月 日から

- ・その他やむを得ない理由（具体的理由）

$$\left[\begin{array}{c} \\ \\ \\ \end{array} \right]$$

※ 本人確認欄

☐運転免許証 ☐パスポート ☐賦課決定通知書 ☐納入通知書 ☐住基カード

☐在留カード・特別永住者証明書 ☐障害者手帳 ☐個人番号カード

☐ その他 ()

処理者	確認者	証発行者

受付日

(表)

後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得（変更・喪失）届書

届出者名											本人との関係										
届出者住所											連絡先電話番号										

	新規（変更・喪失）												変更前												
フリガナ																									
氏名											性別														
個人番号																									
マイナンバーカード（※）の健康保険証利用登録の有無	☐ 有 ☐ 無																								
生年月日	年 月 日																								
住所																									
申請区分	☐ 新規申請・ ☐ 継続申請・ ☐ 転入申請・ ☐ その他申請																								
申請事由	☐ 新規に障害認定されたため ☐ 老人保健からの障害認定継続のため ☐ 障害認定が継続されたため ☐ 転入前に障害認定されたため ☐ その他の理由により障害認定されたため																								
所有手帳又は証書種類	☐ 身体障害者手帳 ☐ 1級・ ☐ 2級・ ☐ 3級・ ☐ 4級 ☐ 療育手帳 ☐ A1・ ☐ A2 ☐ 精神障害者手帳 ☐ 1級・ ☐ 2級 ☐ 国民年金証書 ☐ 1級・ ☐ 2級 ☐ その他 []																								
	障害の程度 []																								
大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛 上記のとおり関係書類を添えて申請いたします。 年 月 日																									
被保険者番号												資格取得（変更・喪失）年月日												年 月 日	

(裏)

※ 即日交付を必要とするやむを得ない理由

・数日中に受診予定あり 年 月 日受診

医療機関名 ()

・入院又は入所中のため 病院・施設名（ ）

入院・入所日 年 月 日から

- ・その他やむを得ない理由（具体的理由）

[illegible]

※ 本人確認欄

☐運転免許証 ☐パスポート ☐賦課決定通知書 ☐納入通知書 ☐住基カード
☐在留カード・特別永住者証明書 ☐障害者手帳 ☐個人番号カード
☐その他（ ）

処理者	確認者	証発行者

受 付 日

後期高齢者医療（資格確認書・資格情報のお知らせ）再交付申請書

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

後期高齢者医療（資格確認書・資格情報のお知らせ）の再交付を次により申請します。なお、紛失等にかかるもので後日発見した場合は、直ちに返還します。

		申請年月日		年 月 日		
申請者氏名				被保険者との関係		
申請者住所	〒 ー					
電話番号						
申請の事由	紛失・盗難・火災・汚損・破損・その他（ ）					
被 保 険 者	保険者番号					
	被保険者番号					
	フリガナ					
	氏 名				生年月日	年 月 日
					性 別	
	住 所	〒 ー				
個人番号						

<本人確認欄>

☐運転免許証 ☐パスポート ☐賦課決定通知書 ☐納入通知書 ☐住基カード
☐在留カード・特別永住者証明書 ☐障害者手帳 ☐個人番号カード
☐その他（ ）

処理者	確認者	証発行者

(表)

様式第2号の2

受 付 日

後期高齢者医療資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書

交付を希望する 被保険者	フリガナ 氏名							生年月日 年 月 日			
個人番号											
住所											

申請理由 該当するものに☑してください	☐ マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない ☐ マイナンバーカードを返納する予定である ☐ 介助者等の第三者が被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である ☐ 既に資格確認書の交付を受けているが、任意記載事項についても記載したい ☐ その他 ※マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができない事情を具体的に記載ください () ※マイナンバーカードを取得していない方、取得しているが保険証利用登録を行っていない方には、申請によらず資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。
任意記載事項の記載の希望	任意記載事項の記載を希望する（希望するもの全てに☑してください） ☐ 自己負担限度額等の適用区分 ☐ 特定疾病区分 ☐ 任意記載事項の記載を希望しない ※任意記載事項を記載することで、例えば、同一医療機関等において、1箇月につき定められた自己負担限度額の範囲内で療養の給付を受けることができます。 ※「自己負担限度額等の適用区分」とは、自己負担限度額の適用区分又は食事療養標準負担額若しくは生活療養標準負担額の減額の適用区分をいいます。 ※「特定疾病区分」とは、厚生労働大臣が定める特定疾病（人工腎臓を実施する慢性腎不全など）の認定を受けた場合の認定を受けた特定疾病を指す区分（記号で表記）をいいます。

大阪府後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、資格確認書の交付・任意記載事項の併記を申請します。

年 月 日

申請者

氏 名

住 所

電話番号

被保険者本人との続柄

(※代理人が申請する場合は、別途、委任状の添付が必要になります。)

(裏)

※ 即日交付を必要とするやむを得ない理由

・数日中に受診の予定あり 年 月 日受診

医療機関名 ()

・入院又は入所中のため 病院・施設名 ()

入院・入所日 年 月 日

その他やむを得ない理由 (具体的理由)

()

※ 本人確認欄

☐運転免許証 ☐パスポート ☐賦課決定通知書 ☐納入通知書 ☐住基カード

☐在留カード・特別永住者証明書 ☐障害者手帳 ☐個人番号カード

☐その他 ()

処理者	確認者	発行者

後期高齢者医療基準収入額適用申請書

受 付 日

届 出 者 名		本人との関係	
届 出 者 住 所		連絡先電話番号	

受 付 日

住 所	
電 話 番 号	

被 保 険 者 番 号				
個 人 番 号				
フ リ ガ ナ				
氏 名				
生 年 月 日				
年 中 の 収 入	公 的 年 金 (老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等)	円	円	円
	給 与 (パート収入等含)	円	円	円
	年金・給与以外の収入 () 収入	円	円	円
	合 計	円	円	円

(注)

- ・ 市区町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人及び同じ世帯におられる 75 歳以上の高齢者の方（65 歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている方も含む）それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。
- ・ ※なお、世帯に本人以外の 75 歳以上の高齢者の方（65 歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている方も含む）がいない場合であってかつ 70 歳から 74 歳の方が世帯内にいる場合には、70 歳から 74 歳の方についても記入してください。
- ・ 収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入（障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等）は除きます。
- ・ 公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し、公的年金及び給与収入額が確認できる所得（課税）証明書等を添付してください。

ただし、1 月 1 日において当市（区町村）に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類は不要です。

なお、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入については添付不要です。

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の負担区分判定に係る収入額を申請します。

年 月 日

受付年月日

後期高齢者医療資格確認書等 送付先(変更・廃止)申請書 兼 誓約書

※変更・廃止どちらかに○をしてください

令和 年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者

住 所

氏 名

電話番号 (- -)

被保険者との
関係 成年後見人・その他()

次の者の後期高齢者医療資格確認書等(「資格」に係る文書)の送付先を変更すること、または現在適用されている変更された送付先を廃止し元の資格確認書等記載住所へ戻すことを、次のとおり申請します。

なお、変更申請の場合にあつて、成年後見人等の解任等により、送付先に異動が生じたり、送付先変更が必要でなくなった場合は、速やかに広域連合へ届出を行います。

この送付先変更に関する事項は、被保険者(又はその関係者)並びに送付先に説明済みであり、生じた問題に関する責任は、私が負うことに同意し、受け取った後期高齢者医療資格確認書等について、適正に管理することを誓約します。

記

1.送付先変更(または廃止)を申請する被保険者

(1)保険者番号・被保険者番号

(2)被保険者住所

電話番号 (- -)

(3)被保険者氏名

生年月日 明・大・昭 年 月 日

2.送付先とする(としていた)住所・氏名

〒 - (氏名)

電話番号 (- -)

3.送付先変更(または廃止)理由

4.送付先変更を希望する期間(廃止申請にあつては「至」側に適用廃止日を記入)

自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日

【ご注意】宛名は原則被保険者名です。成年後見人の場合は、成年後見人に変更可能。

以下市区町村記入欄

申請者確認

☐運転免許証 ☐パスポート ☐住基カード ☐その他()

被保険者の送付先変更意思確認(申請者が親族等の場合)

☐委任状 ☐電話確認 ☐意思確認不能(客観的根拠:)

申請者が成年後見人、保佐人・補助人の場合の添付資料

☐登記事項証明書

☐保佐人・補助人申請の場合は、病状等の進行により事理弁識能力が失われた旨記載の書面

【ご注意】被保険者証は資格確認書等に含まれます。

賦課	給付	収納管理

受付年月日

後期高齢者医療制度にかかる通知書等 送付先(変更・廃止)申請書

※変更・廃止どちらかに○をしてください

令和 年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛
大 阪 市 長 宛

(申請者)

カ ナ

被保険者氏名

後期高齢者医療制度にかかる通知書等を、資格確認書等記載住所以外の希望住所に送付先変更すること、または現在適用されている変更された送付先を廃止し元の資格確認書等記載住所へ戻すことを、次のとおり申請します。

なお、変更申請の場合にあって、本申請内容に変更が生じた場合は、速やかに広域連合及び大阪市へ届出を行います。

記

1.保険者番号・被保険者番号

〒 -

2.資格確認書等記載の住所・氏名・生年月日・性別及び電話番号

氏 名

生年月日 明・大・昭 年 月 日

電話番号 (- -)

3.送付を希望される(されていた)住所〔方書・アパート等あれば記入願います〕・電話番号・氏名

〒 -

(氏名)

電話番号 (- -)

4.送付先変更(または廃止)を希望する理由

5.送付先変更の適用希望期間(廃止申請にあっては「至」側に適用廃止日を記入)

自 令和 年 月 日 ～ 至 令和 年 月 日

※送付先変更は「賦課」「給付」「収納管理」に関係する文書に限り適用となります。したがって「資格確認書等」の「資格」に関するものは資格確認書等記載住所に送付となりますのでご注意ください。

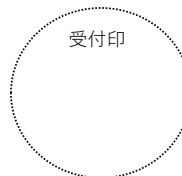
※送付希望期間が過ぎても継続して適用を希望される場合は、再申請願います。

【ご注意】あて名は被保険者名以外には変更いたしません。被保険者証は資格確認書等に含みます。

☐ 国民健康保険

☐ 後期高齢者医療制度

※いずれかの□に✓を記入してください



マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申出書

提出先 大阪市長

令和 年 月 日

被 保 険 者	フリガナ			生年 月日	大正・昭和		
	氏名				平成・令和 年 月 日 西暦		
	住所	(郵便番号 -)					
	連絡先 電話番号						
	被保険者記号(※)		被保険者番号		枝番 (※)		

※「被保険者記号」「枝番」については、国民健康保険の場合のみ記載してください

代 理 人	代理人氏名		本人との関係	
	代理人住所	(郵便番号 -)		
	連絡先 電話番号			

※代理人が手続きをする場合は、被保険者からの委任状が必要です

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除を求めます。

(解除を希望する理由)

(利用登録の解除に伴う注意事項)

- ※ 利用登録の解除をすると、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を行うことはできなくなります。
- ※ 利用登録の解除を申し出された方には、お手持ちの健康保険証の有効期限までに資格確認書を交付します。解除後、医療機関・薬局を受診等される際には資格確認書または健康保険証の持参が必要です。
- ※ 利用登録解除の申出をされた後、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」画面に反映されるまで、1～3か月程度かかります。国民健康保険または後期高齢者医療制度に加入された当月中に、転出等により別の医療保険者等に異動した場合は、本市で利用登録の解除処理が行えないため、異動後の医療保険者等に対し、改めて利用登録の解除を申し出てください。その場合、本申出書は返却しません。
- ※ マイナンバーカードにより医療機関等を受診することで、ご本人の同意に基づき、自身の過去の健康・医療情報のデータに基づいたよりよい医療を受けることができます。
- ※ マイナンバーカードの健康保険証利用登録により、ご本人の医療情報の漏洩等セキュリティ上のリスクが生じることはありません。
- ※ 健康保険証の利用登録を解除した後も、再度利用登録の手続きを行うことは可能です。健康保険証の利用登録は、マイナポータルやセブン銀行ATMのほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。

【以下は職員が記入します】

(本人確認)

☐運転免許証

☐パスポート

☐マイナンバーカード

☐障がい者手帳

☐在留カード

☐その他 ()

処理者	確認者

大阪市 後期高齢者医療保険料口座振替依頼書
自動払込利用申込書

取扱金融機関		御中		申込年月日		年		月		日	
納付義務者	被保険者番号	★★★★ ★★★★									
	住所	大阪市 区									
	郵便番号					電話番号	-				
	フリガナ										
	氏名										

私（預貯金者）は、大阪市から納付義務者名義の後期高齢者医療保険料納付書等が貴行（店）に送付されたときは、口座振替・自動払込により納付したいので、私に通知することなく次の指定預貯金口座から前記納付書等に記載の金額を払い出して納付してください。

指定預貯金口座・振替（払込）指定日
※ゆうちょ銀行以外の金融機関又はゆうちょ銀行のどちらか一方に記入してください。

預貯金者	住所										
	フリガナ										
	氏名										
	ゆうちょ銀行以外	銀行 信金 労金 支店 信組 農協 出張所									
	金融機関	預貯金種目	① 普通 ② 当座		口座番号						
口座	ゆうちょ銀行	種目コード	種別コード	通帳記号	通帳番号（右詰で記入）						
		166	28	1 0 の							
振替（払込）開始年月		年		月		※お申込みの日から1か月以上後の年月をご記入ください。					
振替（払込）指定日		4～6月を除く各月末日（当日が金融機関の休業日に当たる場合は、翌営業日。また12月期分保険料については、翌年の第一営業日）									

届出印を押印してください。（3枚とも押印箇所があります。）

- 記（ゆうちょ銀行は除く）
1. 預貯金の払出手続きについては、当座勘定または普通預貯金の規定にかかわらず、預貯金口座名義人が行うべき当座小切手の振出または預貯金通帳および払戻請求書の提出などいたしませんから、貴行（店）の所定の方法で処理してください。
 2. 指定預貯金口座の残高が、振替指定日において納付金の金額に満たないときには、その旨当方に通知することなく、ただちに納付書を返却されても異議はありません。
 3. 口座振替は、常時残高不足等により、貴行（店）または大阪市が必要と認めた場合には解約されても異議はありません。
 4. この口座振替を解約する場合には、当方から貴行（店）並びに区役所へ連絡します。
 5. この取扱について、万一紛議が生じても貴行（店）の責によるものを除き迷惑をかけません。

※ゆうちょ銀行をご指定の場合は、自動払込み規定が適用されます。
※口座振替・自動払込の取扱いはゆうちょ銀行を含む大阪市公金収納取扱金融機関に限ります。
※お申込み手続きが済みましたら口座振替・自動払込の手続き完了のお知らせを送付いたします。
※大阪市内で住所異動した場合、口座振替・自動払込を継続して行うことができます。
※特別徴収（年金からのお支払い）の方法により納付している場合については、普通徴収の方法による保険料の納付義務が生じた場合にのみ、本依頼書・申込書に基づく処理が適用されます。

金融機関確認欄（ゆうちょ銀行は除く）		

払込先口座番号
00900-5-960001
払込先加入者名
大阪市会計管理者
取扱店日附印

（金融機関提出用）

保険者番号						個人番号																	
被保険者番号						療 受 養 け を た		被保険者氏名															
公費負担者番号								生年月日				年 月 日											
公費受給者番号								入外				割合				割							
診療年月		年 月				療養期間				年 月 日 から													
診療日数				日						年 月 日 まで													

種 類			
傷 病 名			
診療を受けた医療機関等の所在地			
診療を受けた医療機関名又は施術師			
支給申請をした理由	1：負担区分誤り 3：その他（急病等）（	2：装具装着	）
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 4：その他（	2：自損事故・疾病等	3：業務上の事故 ）

[illegible]

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()						本店・支店 ()							預金種別	普通当座 ()		
口座番号等 左諸記載して下さい																	
口座名義人 (カタカナ)																	

上記のとおりに療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

郵便番号 住 所

氏 名 _____ 連絡先 _____

委任状欄	年 月 日 (口座名義人)
	上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を.....に委任します。
	委任者 住 所
	(申請者) 氏 名
	(申請者が手書きしない場合は、記名押印してください)

後 期 高 齢 者 医 療
食 事 療 養 差 額 支 給 申 請 書

受付日	年	月	日
決定日	年	月	日
保険者番号			
被保険者番号			
公費負担者番号			
公費受給者番号			
個人番号			
療 受 養 け を た	被保険者氏名		
	生年月日		年 月 日

診療を受けた医療機関等の所在地	
診療を受けた医療機関等	
入院日数	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 回
入院に際して受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）	円
減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由	
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）

差額支給	イ（－）円 ×（）回 ＝（）円 ロ（－）円 ×（）回 ＝（）円 ハ（－）円 ×（）回 ＝（）円 ニ（－）円 ×（）回 ＝（）円 ホ 却下（理由）（）	合 計 —
------	--	----------

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は（）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 （）	本店・支店 （）	預金種別	普通当座 （）
口座番号等 左詰記載して下さい				
口座名義人 （カタカナ）				

口座名義人はカタカナで上段より左づ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1字あけてください。

上記のとおりに関係書類を添えて後期高齢者医療の食事負担額差額の支給を申請します。

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛 年 月 日

申請者（被保険者又は相続人代表）

郵便番号 住 所

氏 名 連絡先

委任状欄	年 月 日 （口座名義人） 上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を.....に委任します。 委任者 住 所 （申請者）氏 名 （申請者が手書きしない場合は、記名押印してください）
------	---

後期高齢者医療 長期入院日数届書

申請(届出)者名				本人との関係	
申請(届出)者住所				連絡先電話番号	
被保険者番号				個人番号	
被 保 険 者	フリガナ				
	氏 名				
	生 年 月 日				
	住 所				

<長期入院に関する届出欄>

入院日数合計 (日間)			
①	届出日の前12か月の入院日数	～ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
②	届出日の前12か月の入院日数	～ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
③	届出日の前12か月の入院日数	～ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
④	届出日の前12か月の入院日数	～ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	
⑤	届出日の前12か月の入院日数	～ (日間)	
	入院をした保険医療機関等	名 称	
		所 在 地	

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

- ・上記のとおり、関係書類を添えて入院日数届書を提出します。
- ・資格確認書を保有し、長期入院被保険者として認定された場合は、長期入院該当日を資格確認書に併記することを希望します。

令和 年 月 日

〒
住所

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

被保険者番号		個人番号													
氏 名															
生年月日	年 月 日					電話番号									

他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けておられますか	
受けている (制 度 名 一) (費用徴収の 有 ・ 無)	
受けていない	
発病又は負傷 の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は（ ）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本 店 ・ 支 店 ()						預 金 種 別	普 通 当 座 ()
口座番号等 左詰記載して下さい									
口座名義人 (カタカナ)									

口座名義人はカタカナで上段より左づ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1字あけてください。

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。		年 月 日
大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛		
申請者（被保険者又は相続人代表）		
郵便番号 住 所		
氏 名 電話番号		
委任状欄	年 月 日 (口座名義人)	
	上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を.....に委任します。	
	委任者 住 所	
	(申請者) 氏 名	
(申請者が手書きしない場合は、記名押印してください)		

後 期 高 齢 者 医 療
葬 祭 費 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号

被保険者番号

支給金額

死亡者の氏名		
死亡者の生年月日		年 月 日
死亡年月日		年 月 日
死亡の場所		
死亡の原因		1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）
その他		
葬祭執行者	葬 祭 日	年 月 日
	住 所	
	氏 名	
	連 絡 先	

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は（ ）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()						預 金 種 別	普通 当座 ()										
口座番号等 左詰記載して下さい																			
口座名義人 (カタカナ)																			

口座名義人はカタカナで上段より左づ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1字あけてください。

上記のとおり申請します。

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛 年 月 日

申請者 郵便番号 住 所

氏 名

死亡者との続柄 連絡先電話番号

委任状欄	年 月 日 (口座名義人)
	上記葬祭費の受領に関する一切の権限を.....に委任します。
	委任者 住 所
	(申請者) 氏 名

(申請者が手書きしない場合は、記名押印してください)

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名		本人との 関係	
届出者住所		連絡先 電話番号	

被 保 険 者 番 号			個 人 番 号																
被 保 険 者	フリガナ																		
	氏 名																		
	生 年 月 日																		
	住 所																		
疾 病 の 名 称																			

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療特定疾病療養受療証の交付を申請します。

年 月 日

受付印

後期高齢

健康診査受診券再交付申請書

申請日： 年 月 日

提出先

大阪市長

申請者

住所 東淀川区

氏名

被保険者証

番号

保険者番号 39271143

次のとおり、再交付を申請します。なお、再交付後見つかった場合は、すみやかに元の受診券を返却又は廃棄します。

1 種別 【 】 特定健康診査受診券

2 理由 【 】 紛失等
【 】 その他（ ）

該当するものに○をつける

※ 保険証もしくは身分証明が必要。

確認できない場合は要送付に○印。

※ 代理人が申請する場合は、本人の保険証（要コピー）・委任状・代理人の身分証明（要コピー）が必要。

担当者確認欄 該当項目に○印	・交付済（保険証等）	受付者 印
	・要送付 (なるべく広域連合へTEL)	

後 期 高 齢 者 医 療 人 間 ド ッ ク 費 用 助 成 申 請 書

受 診 者	被保険者番号		氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日		
	電 話 番 号	()		
検 査 年 月 日		年 月 日		
検査医療機関				
費 用 額		円		

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本店・支店 ()						預 金 種 別	普 通 座 ()	
口座番号等 左詰記載して下さい										
口座名義人 (カタカナ)										

※口座名義人はカタカナで上段より左づ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1字あけてください。
 ※ご利用できる金融機関は、銀行、信用金庫、信用組合、及び農業・漁業協同組合です。(ただし、ゆうちょ銀行のご利用の際、
 他金融機関からの振込用の、店名、預金種目、及び7ケタの口座番号を必ずご記入ください。)
 ※領収証及び検査結果通知書等の写しを添付してください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者(被保険者又は相続人代表)

郵便番号 住 所

氏 名 電話番号 ()

※ 送付先登録をされている場合は、下欄にもご記入をお願いします。

郵便番号 送付先住所

※ 申請者以外の口座を登録される場合は、下記の委任状欄にご記入をお願いします。

委 任 状 欄	年 月 日 (口座名義人)
	上記費用の受領に関する一切の権限を _____ に委任します。
	委任者 住所 _____
	(申請者) 氏名 _____
	※ 申請者が手書きしない場合は、記名押印してください。

ファイルNo.	
---------	--

届書コード	処理区分	届書
2 0 0	2	
6 1 1	1	

国民年金被保険者
資格取得申出書
(60歳以上の任意加入申出用)

国民年金付加保険料
納付申出書

太枠内を記入してください。(網掛部分を除く)

市区町村長 申出書に記載のとおり提出します。 年金事務所長 あて 平成 年 月 日	
(フリガナ)	
氏 名	印
(フリガナ)	郵便番号
住 所	
連絡先 電話番号	(自 宅 ・ 勤務先 ・ その他)

基礎年金番号				生年月日				送信	性別	資格取得年月日				種別
5. 昭和									1. 男 2. 女	7. 平成				2. 任意
喪失予定年月日				区分	65歳区分	外国人区分	被保険者通称名			手帳作成	納付書抑止	送信	備考	
7. 平成					1. 加入申込	2. 米国外 の外国人	(フリガナ)			1. 手 帳 再 交 付	1. 納 付 書 送 付 な し			
付加保険料の納付を希望 する方は記載してください。				付加納付申出年月日				送信	年金手帳に記載の氏名と 変更がある場合は記載し てください。				旧氏名	
7. 平成									(フリガナ)					

任意加入を希望する理由を教えてください。 (下記のいずれかに○印を付してください。)	市区町村・年金事務所審査欄							
	厚生年金共済 年金月数	国民年金全額 納付月数	国民年金一部納付月数	任意加入納付 予定月数	国民年金免除 等月数	合算対象(カラ) 期間月数	合計月数	
1. 満額の老齢基礎年金を受給するため	月	月	(換算) 月 ¼ 月 ½ 月 ¼ 月	月	月	月	(換算) 月 月	
2. 老齢基礎年金の受給権確保および受給額 を増額するため (自分の年金加入期間のみで65歳までに受 給権が確保できる)	月	月	月	月	月	月	月	
3. 老齢基礎年金の受給権確保および受給額 を増額するため (合算対象期間を合算することで65歳まで に受給権が確保できる)	月	月	月	月	月	月	月	
4. 老齢基礎年金の受給権を確保するため (65歳までに受給権が確保できる)	月	月	月	月	月	月	月	
5. 老齢基礎年金の受給権を確保するため (70歳までに受給権が確保できる)	月	月	月	月	月	月	月	

配偶者の記録を基にした合算対象期間のある方は記載してください。

配偶者欄	基礎年金番号				生年月日				添付書類				
	5. 昭和								有 ・ 無				
	氏名	(フリガナ)				婚姻期間							
						. . ~ . .							
	基礎年金番号				生年月日				添付書類				
	5. 昭和								有 ・ 無				
氏名	(フリガナ)				婚姻期間								
					. . ~ . .								

受付印
市区町村
年金事務所

※合算対象期間のある方・海外在住の方は裏面を記載してください。

様式コード			
4	1	0	0



国民年金被保険者関係届書（申出書）

裏面の「提出にあたってのご注意」を参考のうえ記入してください。

市区町村長 日本年金機構理事長 あて 以下のとおり届け出（申し出）ます。	令和 年 月 日
氏 名： _____	
被保険者 との続柄： 1. 本人 2. その他（ ）	

市区町村	日本年金機構

基礎年金番号（10桁）で届出する場合は「①個人番号」欄に左詰めで記入してください。

A. 被保険者	① 個人番号 (または基礎年金番号)					② 生年月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日
	③ 氏名	(フリガナ)				④ 性別	1. 男性 2. 女性			
	⑤ 郵便番号			⑥ 電話番号	1. 自宅 3. 勤務先 2. 携帯電話 4. その他		— —			
	⑦ 住所									
	⑧ 国籍 (外国籍の方のみ)			⑨ 外国人通称名 (住民票上の通称)	(フリガナ)					

届出（申出）を行う「届書種類」に該当する番号を○で囲んだうえ、必要事項を記入してください。

B. 届出（申出）事項	⑩届書種類・番号	⑪該当・申出年月日／出産（予定）日	⑫理由等		
	資格取得届	1	平成 年 月 日	0. 20歳到達（学生） 1. 資格取得届出もれ 2. 20歳到達 3. 厚生年金（共済含む）からの移行	4. 任意加入の申出 5. その他 10. 中国残留邦人等 11. 外国からの転入
	資格喪失届	4	平成 年 月 日	1. 厚生年金（共済含む）への移行 2. 任意加入対象者に該当 3. その他 4. 任意喪失の申出	5. 期間満了 10. 中国残留邦人等非該当 11. 外国への転出
	資格取得申出	3			
	資格喪失申出	5			
	付加保険料 納付・辞退申出	6	平成 年 月 日	1. 納付の申出 2. 納付辞退の申出	3. 農業者年金の資格取得 4. 農業者年金の資格喪失
	付加保険料 該当・非該当届	7			
	保険料 免除理由該当届	8	平成 年 月 日	1. 法第89条第1号（障害基礎年金等） 2. 法第89条第2号（生活扶助等） 3. 法第89条第3号（国立療養所等）	⑬保険料納付申出の確認 1. 希望する 2. 希望しない
	保険料 免除理由消滅届	9			
	基礎年金番号通知書再交付申請	10	平成 年 月 日	1. 紛失 2. 破損（汚れ）	9. その他 ()
産前産後免除 該当届	14	平成 年 月 日	単胎・多胎の別	1. 単胎 2. 多胎	
備考					

個人番号をお持ちでない方が以下の届出を行う場合は、必要事項を記入してください。

C. 届出事項	⑩届書種類・番号	⑪該当年月日	⑫理由等	
	住所変更届	11	平成 年 月 日	変更前住所
	氏名変更届	12	平成 年 月 日	変更前氏名
	死亡届	13	平成 年 月 日	届出者連絡先

※ 市区町村・日本年金機構連絡欄	⑭納付書関連	
	作成不要	1
	早期送付	2

様式コード			
4	6	3	5



国民年金保険料免除・納付猶予申請書

日本年金機構理事長 あて 令和 年 月 日 以下のとおり免除・納付猶予を申請します。 また、配偶者および世帯主の記入に漏れがないことを申し立てします。 この申請に必要な本人、配偶者および世帯主に関する情報（所得情報、生活保護受給情報等）の確認について、市区町村（前住所地等を含む）および日本年金機構に委託します。 〒 - 住所： 被保険者氏名：	指定全額免除申請事務 取扱者	市区町村	日本年金機構
--	-------------------	------	--------

基礎年金番号（10桁）で申請する場合は「①個人番号（または基礎年金番号）」欄に左詰めで記入してください。

A. 基本情報	① 個人番号 (または基礎年金番号)		② 電話番号	1. 自宅 2. 携帯電話 3. 勤務先 4. その他	-
	③ 被保険者氏名	(フリガナ)	④ 被保険者生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日
	⑤ 配偶者氏名	(フリガナ)	⑥ 配偶者生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日
	⑦ 世帯主氏名	(フリガナ)	※ 世帯主氏名は被保険者または配偶者以外が世帯主である場合に記入してください。		
	⑧ 特記事項	◆ 配偶者が別世帯の場合は、配偶者の個人番号（12桁の番号）を記入してください。 ◆ 申請期間中の世帯状況に変更（結婚・離婚・世帯主変更等）があった場合は、変更事由、対象者氏名および変更年月日等を記入してください。また、申請期間中に海外転出入があった場合は、国名と転出入日を記入してください。 ◆ 「⑩申請期間」欄に記載した年の1月1日時点において海外に居住していた場合は、国名および転入日を記入してください。 (配偶者が別世帯の場合) 配偶者の個人番号 (- -)			

B. 申請内容	⑨ 免除等区分	◆ ⑨免除等区分は基本的に記入不要です。記入がない場合は、以下の免除等区分について1～5の順に全て審査します。審査を希望しない免除等区分がある場合は、該当する数字を「×」で抹消してください。 ※ 「納付猶予」は、50歳未満の期間が対象となり、年金を受け取るために必要な期間に算入されます。「納付猶予」の審査順序を変更する場合は、その旨を「⑭備考」欄に記入してください。				
		1. 全額免除 (保険料全額を免除)	2. 納付猶予 (保険料納付を猶予)	3. 4分の3免除 (保険料1/4納付が必要)	4. 半額免除 (保険料1/2納付が必要)	5. 4分の1免除 (保険料3/4納付が必要)
	⑩ 申請期間	平成 年度分 令和				
	⑪ 16歳以上19歳未満の扶養親族	被保険者：16歳以上19歳未満の扶養親族 あり (人) ・ なし 配偶者：16歳以上19歳未満の扶養親族 あり (人) ・ なし 世帯主：16歳以上19歳未満の扶養親族 あり (人) ・ なし				
	⑫ 特例認定区分 (添付書類要確認)	被保険者：1. 失業 平成 年 月 日 ⇒ 雇用保険加入 (あり・なし) 2. 天災等 3. その他 () 配偶者：1. 失業 平成 年 月 日 ⇒ 雇用保険加入 (あり・なし) 2. 天災等 3. その他 () 世帯主：1. 失業 平成 年 月 日 ⇒ 雇用保険加入 (あり・なし) 2. 天災等 3. その他 ()				
⑬ 継続希望	1. 「全額免除」または「納付猶予」が承認された場合は、翌年度以降も同じ免除区分での免除申請を希望します。 希望しない場合は () を○で囲んでください。 2. 1を希望した上で、納付猶予が承認された次の年度において全額免除の審査基準に該当する場合、その年度以降は全額免除を希望します。 希望しない場合は () を○で囲んでください。					
⑭ 備考						

※ 所得に関する情報について、関係法令に基づき、申告義務がある場合には、正しく申告する必要があります。



国民年金保険料学生納付特例申請書

日本年金機構理事長 あて 令和 年 月 日

以下のとおり学生納付特例を申請します。
また、前年所得の記入内容に誤りがないことを申し立てします。
この申請に必要な本人に関する情報（所得情報、生活保護受給情報等）の確認について、市区町村（前住所地等を含む）および日本年金機構に委託します。

〒 -

住所：

被保険者氏名：

学生納付特例事務法人等

市区町村

日本年金機構

基礎年金番号（10桁）で申請する場合は「①個人番号（または基礎年金番号）」欄に左詰めで記入してください。

A. 基本情報

①個人番号
(または基礎年金番号)

②生年月日

5. 昭和

7. 平成

年 月 日

③氏名

(フリガナ)

④電話番号

1. 自宅

2. 携帯電話

3. 勤務先

4. その他

- -

B. 申請内容

⑤申請期間
(学生納付特例を受けようとする期間)

平成 年 月から 平成 年 月まで
令和

⑥在学予定期間

(入学年月) 平成 年 月から (卒業予定年月) 平成 年 月まで
令和

⑦学校の名称

⑧学校の所在地

都 道 府 県

⑨学生の区分

1. 学生(学位あり) 4. 研究生
2. 通信制・通信課程 5. その他
3. 科目履修生 ()

※左記の学生区分で、「1. 学生(学位あり)」以外は学生納付特例制度に該当しない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

⑩学生証の有効期限

平成 年 月末まで有効
令和

※学生証に有効期限の記載がない場合は、記入不要です。

⑪前年所得

1. なし ※令和2年度以前を申請する場合は、128万円を118万円に読み替えてください。
2. あり(※128万円以下)
3. あり(※128万円超) ⇒ 16歳以上19歳未満の扶養親族 【 あり (人) ・ なし 】

⑫特例認定区分
(※付書別記載)

1. 失業 平成 年 月 日 ⇒ 雇用保険加入(あり・なし) 2. 天災等 3. その他 ()
令和

⑬備考

※ 所得に関する情報について、関係法令に基づき、申告義務がある場合には、正しく申告する必要があります。

市区町村確認欄 学生証確認済 ☐

【留意事項】

○学生証のコピーをA4判で添付してください。

○学生証裏面に有効期限、学年、入学年月日の記載がある場合は裏面のコピーも必要です。

○在学証明書を添付される場合は、学生証のコピーは必要ありません。