

【別紙 6】取扱様式例

国民健康保険資格確認書 交付申請書



(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	<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		

※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。

被保険者 記号番号	(記号) 阪国淀	(番号)
住所	<input type="checkbox"/> 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)		
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
<input type="checkbox"/> 障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 在留カード	
<input type="checkbox"/> 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

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	<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	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																				

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
	阪国淀		
	被保険者氏名	生年月日	
		個人番号	
1		昭・平・令 年 月 日	1 破損 ・ 汚損 2 紛失・盗難・焼失 3 その他
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	資格確認書	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 <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、不正使用等はしません。

被保険者記号・番号	記号	阪国淀	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。

	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 ())			
興動連絡	資格確認書等	入 力	資 格 確 認 書 等	資 料 番 号
			回 収 年 月 日	未 回 収 整 理
				備 考

区コード	被保番号	CD	年度

1 / 1 時点 海外
 市
(入国日・転入日 / /)

年度 国民健康保険料 等のための所得申告書
後期高齢者医療保険料

(あて先) 大阪市長

年中(年1月1日~12月31日) の所得について、次のとおり申告します。

で囲まれた部分を記入してください。

※裏面をご参照いただいたうえで、記入してください。

世帯主氏名	
電話番号	

コード	氏 名		年 月 日 生		年 月 日 生		年 月 日 生	
	生 年 月 日	性 別	年 月 日 生	年 月 日 生	年 月 日 生	年 月 日 生	年 月 日 生	
	所得の申告		1 していない 2 している		1 していない 2 している		1 していない 2 している	
	該当する番号のどちらかに、必ず○を記入してください。「2 している」の場合、以下の①②の記入は不要です。		いつ(年 月 日) どこに()		いつ(年 月 日) どこに()		いつ(年 月 日) どこに()	
			税務署・市税事務所・市・町・村		税務署・市税事務所・市・町・村		税務署・市税事務所・市・町・村	

上記「1 していない」に○を記入された方で、収入があった方は、①へ収入の内容等を記入してください。収入がなかった方は、②へ該当する番号等を記入してください。

① 収入があった方

010	営業所得等 ※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。	所得金額 (必要経費控除後) 円	所得金額 (必要経費控除後) 円	所得金額 (必要経費控除後) 円
071	給与収入 (パート・アルバイト収入を含む)	給与収入金額 (支払額、税込) 円	給与収入金額 (支払額、税込) 円	給与収入金額 (支払額、税込) 円
072	(そのうち事業専従者分)	(内) 円	(内) 円	(内) 円
084	年金収入 遺族・障がい年金等 上記以外の年金	1 遺族 2 障がい 3 老齢福祉 4 ()	1 遺族 2 障がい 3 老齢福祉 4 ()	1 遺族 2 障がい 3 老齢福祉 4 ()
081	1~3以外に該当する場合は、4に名称及び収入金額を記入してください。	円	円	円
	上記以外の所得 右の欄の該当する番号と所得金額を記入してください。「その他の所得」の場合は、その所得名称も記入してください。	番号 その他の所得名称 所得金額 円	番号 その他の所得名称 所得金額 円	番号 その他の所得名称 所得金額 円
(上記に記入していただく金額は、収入から必要経費を差し引いた金額です。)				
020 農業所得 040 不動産所得 050 利子所得 060 配当所得 085 雑所得 090 一時所得 100 山林所得 170 その他の所得				

② 収入がなかった方

210	右の欄の該当する番号を記入してください。「6 その他」の場合は、その理由も記入してください。	番号 その他の理由	番号 その他の理由	番号 その他の理由
		1 家族からの仕送りで生活 4 預貯金で生活	2 雇用(失業)保険で生活 5 扶養されていた	3 生活保護を受けていた 6 その他

作成区分コード	内容点検	申告書入力	受付区分	備考欄
			窓 郵 送	

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。

※行政オンラインシステムで申告することもできます。

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。

- ◎ 同一世帯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）
- ◎ 同一世帯配偶者または扶養親族がいる場合
→ 35万円×（本人＋同一世帯配偶者＋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加入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。

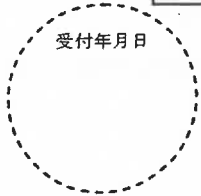
他の健康保険に加入された場合、国民健康保険に加入する必要はありませんので、この機会にあなたの国民健康保険の加入資格について、もう一度お確かめください。

また、他の健康保険に加入された場合は、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加入した場合は加入日）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

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・平 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	被保険者証	記号 阪国 淀	番号
	受給資格者証確認		離職日入力
	軽減期間	年 月 ~	年 月
	減免申請	要・不要	
備考			

受付年月日

国民健康保険 資格確認書等

送付先変更申請書 兼 誓約書

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 阪国淀

(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。

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 施	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	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 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る場合は、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】		

- ・本人以外は同一世帯員でも委任状必要
- ・本人が18歳未満の未成年で親権者が申出を行う場合は委任状不要（親権者の本人確認書類及び住基確認が必要）
- ・本人が成年被後見人等で成年後見人等が申出を行う場合は委任状不要（成年後見人等の本人確認及び成年後見人等であることを疎明資料が必要）

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	年	月	日
	氏名				平成・令和			
	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)		
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
<input type="checkbox"/> 障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 在留カード	
<input type="checkbox"/> その他 ()		

処理者	確認者

マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申出をされた方へ

大阪市淀川区役所窓口サービス課（保険）

電話：06-6308-9956

あなたから提出のあった標記の申出書は 令和____年____月____日に当区で受け付けました。

今後、医療機関を受診する際には、お手持ちの健康保険証（保険証をお持ちでない場合には資格確認書）を使用してください。

申出をされた後、実際に利用登録の解除が完了して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。

また、利用登録の解除が完了した旨を、本市からお知らせすることはありませんので、マイナポータル上の「健康保険証利用登録の申込状況」からご確認ください。

なお、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、本市からあなた（もしくは代理人）に連絡をすることがあります。その場合は、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。なお、本市に提出された「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」は返却しません。

（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。（保険証をお持ちでない場合には速やか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。
- ※ 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。

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。

受付
番号

申請者（世帯主）

申請日 令和 年 月 日



住所	〒 - 大阪市 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

記号番号	フリガナ
阪 淀	氏 名
	又は
生年月日	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・生活療養費	円
療 養	円
一部負担金	円
支給決定額	円

申 請 種 別	申 請 理 由	申 請 区 分	
		負傷等の原因	
<input type="checkbox"/> 1 内科（入院） <input type="checkbox"/> 2 内科（入院外） <input type="checkbox"/> 3 歯科 <input type="checkbox"/> 4 調剤 <input type="checkbox"/> 5 装具 <input type="checkbox"/> 6 鍼灸 <input type="checkbox"/> 7 マッサージ <input type="checkbox"/> 8 柔整 <input type="checkbox"/> 9 その他 <input type="checkbox"/> 10 訪問看護 <input type="checkbox"/> 11 移送費 <input type="checkbox"/> 12 限度額適用	<input type="checkbox"/> 1 療養費払いのため <input type="checkbox"/> 2 証の申請期間中のため <input type="checkbox"/> 3 食事・生活療養費の差額申請 <input type="checkbox"/> 4 大阪府外受診のため <input type="checkbox"/> 5 その他（急病等） <input type="checkbox"/> 6 一部負担金の差額支給 <input type="checkbox"/> 8 限度額適用のため <input type="checkbox"/> 9 海外療養費	<input type="checkbox"/> 1 療養費 <input type="checkbox"/> 4 食費・生活療養費差額支給（※） <input type="checkbox"/> 5 移送（※） <input type="checkbox"/> 6 結核・精神 <input type="checkbox"/> 7 特別療養費（※） <input type="checkbox"/> 8 高齢者差額支給 <input type="checkbox"/> 9 高齢者療養費追加支給	<input type="checkbox"/> 1 第三者行為 <input type="checkbox"/> 2 業務上の事故 <input type="checkbox"/> 3 その他

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
指導区分入力	支給区分入力	支給額出力	通知

診 療 を 受 け た 医 療 機 関 等		
名 称	所 在 地	別紙のとおり
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
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
年 月 日		療 養 等 に 要 し た 費 用
		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
		2	<input type="checkbox"/> 当座預金
		3	<input type="checkbox"/> 貯蓄預金
金融機関コード	店番号		
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 <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	<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。

世帯主

申請者(世帯主)	申請日	令和	年	月	日
住所 〒532-淀川区					
(フリガナ) 世帯主 氏名	電話				
マイナンバー 不明な場合は空欄	※必ずご記入ください (日中連絡の取れる電話番号)				

対象者

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	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 焼失 <input type="checkbox"/> 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 淀	対象者氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ															
生年月日	昭和 令和 年 月 日	マイナンバー															
申請の区分 (上記申請種別が1~3の場合記入のこと)		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>受付・適用確認</th> <th>申請書入力</th> <th>納付確認</th> <th>審査</th> <th>通知</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>完納</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>滞納</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	受付・適用確認	申請書入力	納付確認	審査	通知			<input type="checkbox"/> 完納					<input type="checkbox"/> 滞納		
受付・適用確認	申請書入力	納付確認	審査	通知													
		<input type="checkbox"/> 完納															
		<input type="checkbox"/> 滞納															
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)																	

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 日から		令和 年 月 日
平成・令和 年 月 日まで		長期入院該当日(91日目該当日)
平成・令和 年 月 日から		平成 令和 年 月 日
平成・令和 年 月 日まで		長期入院該当認定日
平成・令和 年 月 日から		平成 令和 年 月 日
平成・令和 年 月 日まで		決裁(認定)日
平成・令和 年 月 日から	直近1年間で合計90日間、入院をしていますか? <input type="checkbox"/> 入院した <input type="checkbox"/> 入院していない →入院時の食事代が軽減できる可能性があります	認定証交付(変更)日
平成・令和 年 月 日まで		令和 年 月 日

世帯主以外が来庁した場合

来庁者

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 <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
<input type="checkbox"/> 世帯主と同世帯	(フリガナ) 来庁者氏名	受任者の本人確認ができるもの
太枠のみ記入	同意書兼誓約書	<input type="checkbox"/> 保険証、免許証、マイナンバーカード等で確認
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 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
決裁	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 区分ア <input type="checkbox"/> 現役並みⅡ <input type="checkbox"/> 却下 <input type="checkbox"/> 保険料滞納 <input type="checkbox"/> 区分イ <input type="checkbox"/> 現役並みⅠ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 区分ロ <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ <input type="checkbox"/> 区分Ⅰ <input type="checkbox"/> 区分エ <input type="checkbox"/> 区分Ⅰ <input type="checkbox"/> 区分オ
	(理由) ()

(提出先)
大阪市長

高額療養費支給申請書 (令和 年 月分)

下記のとおり申請します。また、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。(領収書を添付せず申請する場合、下記の誓約内容に問題が無ければ□に☑を記入してください。)



支給申請を行った高額療養費について、対象となる一部負担金は全て支払済みであることを誓約します。この誓約が事実と反する場合で、高額療養費の過支給が行われた場合は返還することを承諾します。

※なお、無料低額診療事業や特定給付対象療養を受けた場合は必ずその旨をお申し出ください。また、区役所が領収書を必要と認めた場合は領収書を提示していただく必要があります。

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 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 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(交通事故等)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。)	上記高額療養費については、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
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
金融機関 コード	店番号	
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 <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) 氏名	日中連絡の取れる電話番号	<input type="checkbox"/> 保険証、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。		

受付	金額確認	資格確認	申請書入力	<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給	処理欄	
..	..	..	..	区分	世帯全体 <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ	
計算処理	審査	支給区分等入力	支払機票出力	70歳以上の世帯	<input type="checkbox"/> 現III <input type="checkbox"/> 現II <input type="checkbox"/> 現I <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 適II <input type="checkbox"/> 適I	
..	..	..	..	保護却下	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	
通知	備考	<input type="checkbox"/> 75歳到達月特例対象 <input type="checkbox"/> 成年後見人からの申請 <input type="checkbox"/> 相続人からの申請		<input type="checkbox"/> 別途、公金受取口座申出あり	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	

国民健康保険 高額療養費の自動払戻 申込書 (新規・変更)

申込日	令和	年	月	日	受付番号
-----	----	---	---	---	------

(提出先) 大阪市長

国民健康保険高額療養費を、今後申請なしに自動的に払い戻せる(自動払戻)よう申込みます。
 申込みにあたり、必要な公簿を閲覧されることに異議ありません。

申込者(世帯主)



被保険者記号・番号	阪国		
住所	大阪市	区	
フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日生
電話番号	-	-	←必ずご記入ください (日中連絡の取れる電話番号)

次の質問に答えてください。

国民健康保険料の滞納がない	はい・いいえ
公費負担医療、医療助成制度または医療機関が実施している事業などにより、自己負担額が無料または低額になっているものはない	はい・いいえ 制度名又は医療機関名 { }
この制度による自動払戻を希望する年月	年 月受診分から

受領方法 口座振替 (該当する項目にチェックを入れてください。)

自動払戻分については、高額療養費支給申請書 (年 月分) に記載の口座に振り込んでください。(以降の記入は不要です)

自動払戻分については、次の口座に振り込んでください。

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	(カタカナ)	
		口座名義		

委任状 (世帯主以外の方が申込・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 <input type="checkbox"/> 申込・ <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
	フリガナ	日中連絡の取れる電話番号		受任者の本人確認ができるもの
	氏名	- -		<input type="checkbox"/> 資格確認書、免許証、マイナンバーカード等
同意書兼誓約書	<input type="checkbox"/> 大阪市長が申込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は申込み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。			

受付裏面説明	資格確認要件確認	申込書入力	不承認通知	国公費リスト掲載	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認		申込時高額申請診療年月	年 月分
							申込時高額申請年月日	年 月 日
..	承認要件	無料低額診療事業等	(なし ・ あり)	
..	承認要件	滞納	(なし ・ あり)	
備考								

国民健康保険 高額療養費の自動払戻の申込みをされる方へ

高額療養費の自動払戻を希望される場合、下記の事項に同意いただき、適用要件に該当している場合に、申込みができます。

申込みの内容に相違があったときは、自動払戻はできません。その場合は、書面にてお知らせします。

適用要件について

- ・ 国民健康保険料の滞納がないこと。
- ・ 医療機関が実施している事業等により自己負担額が無料又は低額になっていないこと。
- ・ 上記の要件を満たしていても、その都度、領収書の確認が必要などときには、自動払戻を適用できない場合があります。

解除について

- ・ 適用要件に該当しなくなった場合は、自動払戻は解除となります。
- ・ 世帯主が変わった場合や、国民健康保険の記号番号が変更になった場合にも、自動払戻は解除となります。
- ・ 計算の結果、高額療養費の支給がなく5年間（60か月）を経過した場合も、自動払戻は解除となります。
- ・ 自動払戻が解除となった場合、以後の高額療養費については毎月の申請が必要となります。
- ・ 自動払戻の解除の後、適用要件に該当すれば、再度の申込は可能です。
- ・ ご自身による、自動払戻の解除を希望される場合は、解除申出書の提出が必要です。

同意事項について

- ・ 医療費の一部負担金支払いについて、大阪市から医療機関等へ照会することについて同意します。
- ・ 医療費の一部負担金を支払っていなかった場合には、支給済みの高額療養費を返還することについて同意します。
- ・ 支給済みの高額療養費の金額が減額となった場合、減額された金額を返還することについて同意します。

その他注意事項について

- ・ 自動払戻を適用中に、世帯の中で新たに公費負担医療・医療助成制度・医療機関が実施している事業などの制度を受ける方がおられた場合は、連絡をお願いします。
- ・ 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場合は、連絡をお願いします。
- ・ 世帯主が国民健康保険被保険者から会社の健康保険や後期高齢者医療制度の被保険者になっても、世帯に国民健康保険被保険者が加入中であれば自動払戻は継続されます。
- ・ 自動払戻を適用中は、支給がある場合は支給決定通知書を送付しますが、支給がない場合は不支給決定通知は送付されません。
- ・ 自動払戻を適用中は、高額療養費申請手続きのご案内のはがきは送付されません。
- ・ 口座番号の誤り等により口座振替ができなかった場合は、金融機関口座通帳等を持参のうえ、申込書（変更）の提出が必要となります。

以上に同意のうえ申込みます。

署名

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 淀川区			
(フリガナ)		電話番号	
氏名		※必ずご記入ください(口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 <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 淀) 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か月以内に出産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
金融機関 コード []	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)	
	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)	口中連絡の取れる電話番号	<input type="checkbox"/> 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	<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	事 実 確 認	母子健康手帳 交付市区町村 第 号	担当係長	支給決定欄			支給方法	
				<input type="checkbox"/> 404,000円支給 <input type="checkbox"/> 16,000円加算 (産科医療補償)	<input type="checkbox"/> 408,000円支給 <input type="checkbox"/> 12,000円加算 (産科医療補償)	<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"/> 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。
資格確認		出生(死産)届 [その他]	担当者 確認印	<input type="checkbox"/> 不支給 支給決定額の内訳 医療機関請求額 _____ 円 本人支給額 _____ 円			決 課 課 課 担 係 係 裁 長 長 長 代 理 長 係 長 員 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	

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)		日中連絡の取れる電話番号	- -
氏名		※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	
(昭和・平成・令和 年 月 日生)		平成・令和 年 月 日	
被保険者 記号(阪国 淀)番号()		上記申請者が葬祭を行った日	
申請者との続柄		平成・令和 年 月 日	

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 信用金庫 信用組合	本店 支店	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 貯蓄預金			
金融機関コード []	店番号 []	(フリガナ)			
		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 <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
	(フリガナ)	日中連絡の取れる電話番号
	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
	<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)	
資格確認		決裁欄	その他	担当者確認印	
		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

葬祭を行った者の氏名

(添付書類)

- ・ 誓約者の本人確認できるもの
- ・ 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	淀	氏名		
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	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 淀川 区
個人番号	
(フリガナ) 氏名	日中連絡の取れる電話番号 ※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 <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	(フリガナ)	日中連絡の取れる電話番号
	氏名		世帯主との関係
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。

特定疾病療養受療証 受領署名欄

受付・資格確認	申請書入力	審査	※人工透析(70歳未満) <input type="checkbox"/> 区分ア・イ [2万円] <input type="checkbox"/> 区分ア・イ以外 [1万円]						
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。			起案日 令和 年 月 日	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

特定疾病療養受療証をお持ちの方へ

「特定疾病療養受療証」については、著しく高額な治療を長期にわたり要する疾病にかかった患者様について、自己負担限度額を通常の場合より引き下げ、医療費の自己負担の軽減を図るために創設されたもので、次の疾病が対象となります。

- ① 人工腎臓（人工透析）を実施する慢性腎不全
- ② 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固因子第Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固因子第Ⅸ因子障害
- ③ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群

対象の疾病以外で、「特定疾病療養受療証」を使用することはできません。

対象の疾病以外で使用された場合には、その差額を返還いただくこととなります。

例えば、腎移植を行い人工透析の必要のなくなった場合や、人工透析を行なうにあたってのシャント手術などは対象外となりますのでご注意ください。

対象の疾病に該当しない場合は、区役所保険年金業務担当へ「特定疾病療養受療証」の返却をお願いします。

受付日

(表)

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) 氏 名											1 新 規 <input type="checkbox"/> 75歳に到達 <input type="checkbox"/> 他の市町村から転入 <input type="checkbox"/> 法第51条に非該当 <input type="checkbox"/> 法第55条該当 <input type="checkbox"/> 法第55条の2該当 <input type="checkbox"/> その他 ()	
生 年 月 日	年	月	日	性 別		年	月	日	生			
住所・居住地 (施設名及び 施設所在地)											上記の事由発生年月日 ()	
個 人 番 号											2 変 更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 同一市町村内の転居 <input type="checkbox"/> 世帯・世帯主の変更 <input type="checkbox"/> 法第55条第2項適用 <input type="checkbox"/> 法第55条の2第2項適用 <input type="checkbox"/> 継続居住地変更 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										3 喪 失 <input type="checkbox"/> 死 亡 <input type="checkbox"/> 他の市町村への転出 <input type="checkbox"/> 法第50条第2号非該当 <input type="checkbox"/> 法第51条該当 <input type="checkbox"/> 法第55条不適用 <input type="checkbox"/> 法第55条の2不適用 <input type="checkbox"/> その他 ()	
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			
	個 人 番 号											
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)

()

※ 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

(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)

()

※ 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> <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 賦課決定通知書 <input type="checkbox"/> 納入通知書 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予定である <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 自己負担限度額等の適用区分 <input type="checkbox"/> 特定疾病区分 <input type="checkbox"/> 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 (人工臓器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	

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って、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

〒 -

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

【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みます。

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

〒 -

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。

- ・本人以外は同一世帯員でも委任状必要
- ・本人が18歳未満の未成年で親権者が申出を行う場合は委任状不要（親権者の本人確認書類及び住基確認が必要）
- ・本人が成年被後見人等で成年後見人等が申出を行う場合は委任状不要（成年後見人等の本人確認及び成年後見人等であることの疎明資料が必要）

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	年	月	日	
	氏名			平成・令和				
	住所	(郵便番号 -)						西暦
	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)		
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
<input type="checkbox"/> 障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 在留カード	
<input type="checkbox"/> 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	令和	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					
預貯金	氏名					
	ゆうちょ銀行以外金融機関	銀行 信金 労金 支店 信組 農協 出張所		口座番号		
口座	預貯金種目	① 普通 ② 当座		口座番号		
	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		令和	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）				

届出印を押ししてください。（3枚とも押印箇所があります。）

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. この取扱いについて、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です。
 ※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。

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）

金融機関確認欄（ゆうちょ銀行は除く）		

後期高齢者医療 療養費等支給申請書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

保険者番号	3 9 2 7 1 2 3 4	個人番号	// // // // //		
被保険者番号		療養を受けた	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	補 装 具
傷 病 名	
診療を受けた医療機関等の所在地	別紙のとおり
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 2: 装具装着 3: その他 (急病等) ()
発病又は負傷の理由	1: 第三者行為 (交通事故等) 2: 自損事故・疾病等 3: 業務上の事故 4: その他 ()

療養に要した費用額	食 事 回 数
審 査 認 定 額	療養に要した費用額
一 部 負 担 金	食 事 標 準 負 担 額
支 給 金 額	

下記「ア」「イ」のどちらかに○をつけ、必要事項を記入してください。
※「ア」と「イ」両方に記入されている場合は、「イ」に記入されている口座を振込先口座として登録します。

振 込 先	ア	公金受取口座を振込先に指定します。	※被保険者本人が受け取る場合に限り指定できます。 ※マイナポータル等で登録されている方に限り指定できます。			
	イ	以下の口座を振込先に指定します。	※「ア 公金受取口座」を選択された場合は記入不要です。 ※申請者以外の口座名義の場合は、委任状欄も記入してください。			
	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	店 名	本店・支店 ()	預金種別	普通座 その他 ()
	口座番号	網掛け部は記入不要です。該当するものに○をつけてください。				
口座名義 (カタカナ)						

口座名義は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。

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛 年 月 日
申請者 (被保険者または相続人代表者)

郵便番号 住所

氏 名 連絡先

下記委任状欄を記入する場合、申請者が手書きまたは記名押印してください。

委任状欄	上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。	
	受任者(口座名義人)	委任者(申請者) (記入日)
	住所	住所: 同上
氏 名	氏 名	年 月 日

申請者が手書きまたは記名押印してください。

必要な場合のみご記入ください。

後期高齢者医療

食事療養差額支給申請にかかる理由書

入院の期間

令和 年 月 日

～ 令和 年 月 日 現在も入院中

限度額適用・標準負担額減額認定証の発行期日（認定日）

令和 年 月 日

入院した初月中に申請ができなかった理由（やむを得ない理由）

- 単身世帯で、手続きができなかった。
- 親族はいるが、仕事や身体の原因等により手続きができなかった。
- 他（ ）

※「知らなくて手続きができなかった」等の理由の場合は、やむを得ない理由に該当せず、認定証の発行期日（認定日）以前の入院時食事代の還付はできませんので、ご注意ください。

令和 年 月 日

被保険者氏名 _____

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

誓 約 書

年 月 日

(提出先) 大阪府後期高齢者医療広域連合長

[誓約者 (※)]

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 () _____

被保険者との続柄 ()

(※) 誓約者は三親等以内の親族 (内縁者は含みません) 又は
公的な証明書等により相続権を有する方になります。

療養費の支給申請にあたり、被保険者の死亡により、私が責任を持って他の相続人を代表して行うことを誓約いたします。

また、他の相続人からの問い合わせについては、本書記載の情報を提供することを了承します。

[被保険者]

被保険者番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

生 年 月 日 年 月 日

《誓約書の記入について》

- 被保険者の方がお亡くなりになられている場合に記入してください。
- 支給申請書の申請者と同じ方が記入してください。
- 誓約者をご自身で記入されない場合は押印が必要です。
- 申請内容についてお問い合わせさせていただく場合がありますので、連絡先のお電話番号を必ず記入してください。
- 申請書の提出後、必要があると認められた場合は、亡くなられた被保険者と申請者(誓約者)の方との続柄や相続権を有することを証明する書類の追加のご提出をお願いすることがあります。

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		

他の制度により自己負担額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 —) (費用徴収の 有 ・ 無)

受けていない

発症又は負傷の理由 1: 第三者行為 (交通事故等) 2: その他 (自損事故・疾病等)

下記「ア」「イ」のどちらかに○をつけ、必要事項を記入してください。
 ※「ア」と「イ」両方に記入されている場合は、「イ」に記入されている口座を振込先口座として登録します。

振込先	ア	公金受取口座を振込先に指定します。	※被保険者本人が受け取る場合に限り指定できます。 ※マイナポータル等で登録されている方に限り指定できます。					
	イ	以下の口座を振込先に指定します。	※「ア 公金受取口座」を選択された場合は記入不要です。 ※申請者以外の口座名義の場合は、委任状欄も記入してください。					
	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	店名	本店・支店 ()	預金種別	普通座 その他 ()		
	口座番号	網掛け部は記入不要です。				該当するものに○をつけてください。		
口座名義 (カタカナ)								

口座名義は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。

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛 年 月 日

申請者 (被保険者または相続人代表者)

郵便番号 住所

氏名 電話番号

下記委任状欄を記入する場合、申請者が手書きまたは記名押印してください。

委任状欄	上記療養に要した費用の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。	
	受任者(口座名義人)	委任者(申請者) (記入日)
	住所	住所: 同上 年 月 日
	氏名	氏名 申請者が手書きまたは記名押印してください。

誓 約 書

年 月 日

(提出先) 大阪府後期高齢者医療広域連合長

[誓約者 (※)]

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 () _____

被保険者との続柄 () _____

(※) 誓約者は三親等以内の親族 (内縁者は含みません) 又は
公的な証明書等により相続権を有する方になります。

高額療養費の支給申請にあたり、被保険者の死亡により、私が責任を持って他の相続人を代表して行うことを誓約いたします。

また、他の相続人からの問い合わせについては、本書記載の情報を提供することを了承します。

[被保険者]

被保険者番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

生 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

《誓約書の記入について》

- 被保険者の方がお亡くなりになられている場合に記入してください。
- 支給申請書の申請者と同じ方が記入してください。
- 誓約者をご自身で記入されない場合は押印が必要です。
- 申請内容についてお問い合わせさせていただく場合がありますので、連絡先のお電話番号を必ず記入してください。
- 申請書の提出後、必要があると認めた場合は、亡くなられた被保険者と申請者(誓約者)の方との続柄や相続権を有することを証明する書類の追加のご提出をお願いすることがあります。

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 3 9 2 7 1 2 3 4

被保険者番号

支給金額 5 0 0 0 0 -

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	申請者と同じ	
	氏名		
	連絡先		

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	店名	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座 その他 ()

口座番号	網掛け部は記入不要です。										該当するものに○をつけてください。
口座名義 (カタカナ)											

口座名義は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。

上記のとおり葬祭に関する証拠書類を添えて申請します。

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

年 月 日

申請者 (葬祭執行者) 郵便番号 - 住所

死亡者との
氏名 続柄 () 連絡先

下記委任状欄を記入する場合、申請者が手書きまたは記名押印してください。

上記葬祭費の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。

委任状欄	受任者(口座名義人)	委任者(申請者)
	〒 -	(記入日) 年 月 日
	住所	住所: 同上
	氏名	氏名 <small>申請者が手書きまたは記名押印してください。</small>

誓 約 書

年 月 日

(提出先) 大阪府後期高齢者医療広域連合長

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 () _____

被保険者との続柄 ()

葬祭費の支給申請にあたり、私が責任を持って他の葬祭執行者と協議の上で申請を行うことを誓約いたします。

また、他の葬祭執行者からの問い合わせについては、本書記載の情報を提供することを了承します。

[被保険者]

被保険者番号 _____

住 所 _____

氏 名 _____

生 年 月 日 年 月 日

《誓約書の記入について》

- 支給申請書の申請者と同じ方が記入してください。
- 申請内容についてお問い合わせさせていただく場合がありますので、連絡先のお電話番号を必ず記入してください。
- 誓約者をご自身で記入されない場合は押印が必要です。

後期高齢者医療特定疾病療養受療証 交付申請用 意見書

患者 情報	フリガナ		生年月日	明・大・昭和・西暦 年 月 日
	氏名			
	住所	〒 ー		

医師の 意見 書欄	疾病名	A. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 B. 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 または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等(いわゆる血友病) C. 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)
	上記の疾病で現在加療中であることを証明します。 大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医療機関電話番号 医師氏名 ㊟	

※お引越しや年齢到達の場合は、前の保険者で同一疾病により認定を受けていたことを確認できる書類を申請時にご提示いただくことで、この意見書は不要となります。

- ・ 各種健康保険からの年齢到達等の場合、各保険者発行の「特定疾病療養受療証」
- ・ 大阪府内での異動の場合、大阪府後期高齢者医療広域連合長発行の「特定疾病療養受療証」または「特定疾病認定証明書」
- ・ 他府県からの転入の場合、転出前の広域連合長発行の「特定疾病療養受療証」または「特定疾病認定証明書」
- ・ 慢性腎不全にかかる「自立支援医療受給者証(更生医療)」

※「疾病名C」の申請方法については、お住いの市区町村窓口にご確認をお願いします。

後期高齢者医療健康診査受診券再交付申請書

受付日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

後期高齢者医療健康診査受診券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	令和	年	月	日			
申請者氏名		被保険者との関係							
申請者住所	〒 -								
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	3	9	2	7	1	2	3	4
	被保険者番号								
	フリガナ								
	氏名			生年月日	明・大・昭	年	月	日	
				性別	男	・	女		
住所	〒 -								

<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
マイナンバーカード 在留カード 障がい者手帳
その他()

処理者	確認者	受診券発行者

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	()		
検査医療機関				
検査年月日	年 月 日	費用額	円	

金融 機 関 名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	店 名	本店・支店 ()	預金種別	普通 当座 その他 ()
	口座番号	網掛け部分は記入不要です。			該当するものに○をつけてください。
口座名義 (カタカナ)					

※口座名義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。

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者)

郵便番号 _____ 住所 _____

氏名 _____ 電話番号 () _____

※ 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	上記費用の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。	
	<u>受任者(口座名義人)</u> 〒 _____ 住所 _____ 氏名 _____	<u>委任者(申請者)</u> _____ (記入日) 年 月 日 住所: 同上 氏名 _____ <small>申請者が手書きまたは記名押印してください。</small>

人間ドック費用助成の支給要件を確認するため、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。検査結果通知書の写しの提出に応じられない場合は、提出先の窓口にお申し出ください。

人間ドック費用助成申請に関する個人情報については、個人情報の保護に関する法律に基づき、適正に管理します。また、高齢者の医療の確保に関する法律第125条の3に基づき、被保険者の健康増進のために、必要に応じて本申請情報をお住まいの市町村に提供します。なお、人間ドックの結果をもとに、広域連合やお住まいの市区町村から、健康情報の提供や保健事業のご案内をさせていただく場合があります。

国民健康保険 関係届 (申出)

(あて先) 大 阪 市 長
年 金 事 務 所 長

電話番号 (自・勤・携・他)
該当者 (1・2・3・4・5)

届出理由
・ 社保離脱
・ 社保加入
・ 生保廃止
・ 生保開始
・ 出 生
・ その他

住民登録
有・無
ファイルNo

異動年月日
平成・令和
私は、資格確認、保険給付及び保険料に関して必要な場合、課税台帳等の関係公簿及び課税資料を閲覧されることに同意します。なお、以上の内容については、以下の者の承諾を得ています。
(世帯主)現住所(〒 -)

届出年月日
令和
(世帯主)氏名
個人番号

本年1月1日現在の住所 同上 海外
本年1月1日現在の世帯主の氏名 同上

昨年1月1日時点の住所 同上 海外
備考

国民年金資格再取得者の最後に資格を喪失した当時の住所・氏名 同上

異 動 事 由 コ ー ド										種 別		法 免 区 分													
01	02	03	04	06	10	11	12	13	14	15	20	21	22	71	72	77	01	02	3	4	5	6	7	8	9
付	基	転	種	資	高	仮	基	死	全	機	喪	取	種	法	法	産	1	任	障	生	障	障	生	障	そ
番	番	入	別	格	齢	受	番	亡	削	構	失	取	変	免	免	前	1	任	が	活	が	が	保	の	
取	取	入	変	喪	任	取	訂	除	除	記	取	取	取	取	取	産	号	意	い	保	い	い	・	他	他
得	得	入	更	失	意	消	正	亡	除	録	消	消	消	消	消	後	意		基	護	保	他	他	他	他
得	得	入	更	失	意	消	正	亡	除	録	消	消	消	消	消	後	意		基	護	保	他	他	他	他

取 得 理 由										喪 失 理 由										種 別 区 分				
01	02	06	07	09	10	11	12	13	01	02	03	04	06	07	08	10	11	12	1	2	3			
2	適	任	任	外	20	機	そ	3	2	喪	60	高	特	死	外	そ	機	3	沖	中	み			
号	用	意	↓	国	歳	構	の	号	号	失	歳	任	高	外	他	の	構	号	縄	国	な			
か	漏	申	1	か	に	達	他	か	出	申	到	任	任	亡	へ	他	記	該	特	特	な			
ら	れ	出	号	ら	達	録	他	ら	当	出	達	喪	喪	亡			録	当	例	例	し			
ら	れ	出	号	ら	達	録	他	ら	当	出	達	喪	喪	亡			録	当	例	例	し			

フリガナ		生まれた日	性別	世帯主からの続柄	個人番号	異動事由	種別	得喪理由	資格得喪年月日	種別	備考
氏	名	年 月 日			基礎年金番号	法免区分	受給権発生予定月	喪失予定年月日	年 月 日	区分	
		明 大 昭 平 令	男						年 月 日		
		年 月 日	女						年 月 日		
		明 大 昭 平 令	男						年 月 日		
		年 月 日	女						年 月 日		
		明 大 昭 平 令	男						年 月 日		
		年 月 日	女						年 月 日		
		明 大 昭 平 令	男						年 月 日		
		年 月 日	女						年 月 日		

個人番号の変更時期	受付時必要書類等	本人確認	個人番号確認	生保開始	産前産後免除	出産予定日	処 理
1.()	・ 資格喪失証明書	・ マイナンバーカード	・ 資格確認書等	年 月 日	産前産後免除	年 月 日	記事入力 年 月 日
2.()	・ 基礎年金番号通知書	・ 運転免許証	・ 住基カード(写真なし)	年 月 日		月 日	返却 年 月 日
3.()	・ 年金手帳	・ 住基カード(写真あり)	・ 基礎年金番号通知書	年 月 日		日	受理 年 月 日
4.()	・ 年金証書	・ パスポート	・ 年金手帳	年 月 日			入力 年 月 日
5.()	・ その他必要書類等	・ 障がい者手帳	・ 年金証書				確認 年 月 日
備考	・ 離職票	・ (身体・精神・療育)	・ 年金関係通知書				送付 年 月 日
	・ 雇用保険受給資格者証	・ 在留カード	・ 学生証				返戻 年 月 日
	・ その他	・ その他	・ その他				

国民健康保険加入者は、国民健康保険資格確認書等及び個人番号の確認ができるものが必要です。
国民年金加入者は、基礎年金番号通知書・年金手帳または個人番号の確認ができるものが必要です。

太線のわく内だけ黒のボールペンで記入してください。

(注) 住所・氏名等の異動に関係ない場合の届(申出)です。

国民年金被保険者 資格取得申出書確認シート

(60歳以上の方が任意加入するとき)

市区町村長 あて 年金事務所長		令和 年 月 日
(フリガナ)		
氏名		
基礎年金番号通知書または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。		
(フリガナ)		
旧氏名		
個人番号（または基礎年金番号）		

市区町村受付印	年金機構受付印

太枠内を記入してください。

1. 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 (換算) 月 3/4 月 1/2 月 1/4 月	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 (換算) 月
1. 満額の老齢基礎年金を受給するため	月	月	月	月	月	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

2. 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					
				. . . ~ . . .					

※ 国民年金保険料を滞納すると、任意加入資格を失う場合があります。 ※ 国民年金保険料は、納付期限までに必ず納付してください。
 ※ 国民年金保険料の納付方法は、原則として口座振替となります。
合算対象期間のある方・海外在住の方は資格取得申出書確認シート(2枚目)に記載してください。

年金事務所審査欄

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	基礎年金番号通知書作成	納付書	備考
9. 令和		1. 加入申込	2. 米国外の外国人	(フリガナ)	1. 基礎年金番号通知書再交付	1. 納付書送付なし	

国民年金被保険者

資格取得申出書確認シート（2枚目）

（60歳以上の方が任意加入するとき）

市区町村長 あて 年金事務所長 令和 年 月 日	
(フリガナ)	
氏名	
個人番号（または 基礎年金番号）	

市区町村受付印	年金機構受付印

太枠内を記入してください。

3. 合算対象期間について記載してください。

合算対象期間		No.	種類 (左の欄から選んでO印を付してください)	期 間	添付書類
あ	日本国籍を有する者の海外に居住していた期間 (昭和36年4月1日～)	①	あ.い.う.え.お.か.き.く.け.こ()	. . ~ . .	有・無
	学生であった期間 (昭和36年4月1日～平成3年3月31日までの期間)	②	あ.い.う.え.お.か.き.く.け.こ()	. . ~ . .	有・無
い	厚生年金保険・共済組合の加入者の配偶者であった期間 (昭和36年4月1日～昭和61年3月31日までの期間)	③	あ.い.う.え.お.か.き.く.け.こ()	. . ~ . .	有・無
	厚生年金保険等の老齢(退職)年金の受給資格を有する者の配偶者であつた期間(昭和36年4月1日～昭和61年3月31日までの期間)	④	あ.い.う.え.お.か.き.く.け.こ()	. . ~ . .	有・無
う	厚生年金保険等の障害年金の受給者であった期間 (昭和36年4月1日～昭和61年3月31日までの期間)	⑤	あ.い.う.え.お.か.き.く.け.こ()	. . ~ . .	有・無
	厚生年金保険等の障害年金の受給者の配偶者であった期間 (昭和36年4月1日～昭和61年3月31日までの期間)	⑥	あ.い.う.え.お.か.き.く.け.こ()	. . ~ . .	有・無
え	厚生年金保険等の遺族年金の受給者であった期間 (昭和36年4月1日～昭和61年3月31日までの期間)	⑦	あ.い.う.え.お.か.き.く.け.こ()	. . ~ . .	有・無
	日本国籍を取得した者等の国内在住期間 (昭和36年4月1日～昭和56年12月31日までの期間)	⑧	あ.い.う.え.お.か.き.く.け.こ()	. . ~ . .	有・無
お	国民年金に任意加入していた期間【注】のうち、 保険料が未納の期間	⑨	あ.い.う.え.お.か.き.く.け.こ()	. . ~ . .	有・無
	その他 ()	⑩	あ.い.う.え.お.か.き.く.け.こ()	. . ~ . .	有・無

【注】

- ・日本国籍を有する者の海外に居住していた期間であつて、任意加入していた60歳未満の期間 (昭和61年4月1日以降)
- ・学生であった期間であつて、任意加入していた60歳未満の期間 (昭和36年4月1日～平成3年3月31日まで)
- ・上表う、え、お、か、き であつた期間であつて、任意加入していた60歳未満の期間 (昭和36年4月1日～昭和61年3月31日まで)
- ・その他詳細は、年金事務所へお問い合わせください。

4. 海外に居住する方は記載してください。

最終住所地	(フリガナ)				本籍地都道府県名
国内協力者	氏名	(フリガナ)		連絡先 電話番号	— — (自 宅 ・ 勤 務 先 ・ そ の 他)
	住所	郵便番号	(フリガナ)		

提出にあたってのご注意

「A. 被保険者」欄について

- ・選択項目は該当する番号を○で囲んでください。
- ・「①個人番号」欄は個人番号または基礎年金番号を記入してください。なお、死亡した方について届出する場合は、死亡した方の基礎年金番号を記入してください。
- ・「②氏名」欄は住民基本台帳に登録されている氏名を記入してください。
- ・「④性別」欄は、「⑩届書種類」が「資格取得届」、「種別変更届」または「資格取得申出」の場合、記入してください。
- ・「⑧国籍」欄は外国籍の方のみ記入してください。
- ・「⑨外国人通称名」欄は住民基本台帳に登録されている通称を記入してください。

「B. 届出（申出）事項」欄、「C. 届出事項」欄について

- ・下表を参考に記入してください。「⑪該当・申出年月日／出産（予定）日」欄は、該当する元号を○で囲み、日付を記入してください。
- ・免除理由該当届を届出する場合は、「⑬保険料納付申出の確認」欄を記入してください。なお、保険料納付を希望する場合は、「国民年金保険料免除期間納付申出書」の提出が必要です。
- ・住所変更届、氏名変更届および死亡届は、個人番号をお持ちでない方が該当する場合のみ届出が必要です。
- ・海外任意加入の場合は、「備考」欄に国内協力者（氏名・住所・被保険者との続柄）を記入してください。
- ・国民年金保険料納付書・控除証明書等の郵送物を住民票住所以外のところへ送付を希望される場合は、「備考」欄に希望する郵便番号と住所を記入してください。

【マイナンバー（個人番号）により届出する際の添付書類について】

届出者本人が窓口で届書を提出する場合は、マイナンバーカード（個人番号カード）を提示してください。お持ちでない場合は、以下の①および②を提示してください。なお、郵送で届書を提出する場合は、マイナンバーカードの表・裏両面または①および②のコピーを添付してください。

- ①マイナンバーが確認できる書類：個人番号の表示がある住民票の写し、通知カード（氏名、住所等が住民票の記載と一致する場合に限る）
 - ②身元（実存）確認書類：運転免許証、パスポート、在留カードなど
- ※上記以外の②身元（実存）確認書類の詳細は、最寄りの年金事務所へお問い合わせください。
- 資格取得(種別変更)届・付加保険料納付・辞退申出・付加保険料該当・非該当届、産前産後免除該当届はスマートフォンやパソコンとマイナンバーカードで、マイナポータルを利用して電子申請ができます。

手続き及び申請方法はこちらから
<https://myna.go.jp>

マイナポータル 検索

電子申請の概要は日本年金機構ホームページをご覧ください
https://www.nenkin.go.jp/denshibenri_kojin/denshibenri_kojin/shinsei_kojin.html

国民年金 電子申請 検索

● 国民年金に加入するときの届出（申出）

事例	「⑩届書種類・番号」欄	「⑪該当・申出年月日」欄	「⑫理由等」欄
20歳に到達したとき	「1」に○印 ※電子申請が可能です。	誕生日の前日	学生の方は「0」に○印 学生以外の方は「2」に○印
厚生年金または共済組合の資格を喪失（退職）したとき		退職日の翌日	「3」に○印
配偶者の退職等により、第3号被保険者でなくなったとき	「2」に○印 ※電子申請が可能です。	配偶者の退職日の翌日あるいは扶養されなくなった日	「5」に○印
配偶者の65歳到達により、第3号被保険者でなくなったとき		配偶者の65歳誕生日の前日	
60歳以上の方が任意加入するとき	「3」に○印	申し出た日	「4」に○印
海外に居住する方が任意加入するとき			

● 国民年金をやめるときの届出（申出）

事例	「⑩届書種類・番号」欄	「⑪該当・申出年月日」欄	「⑫理由等」欄
厚生年金または共済組合の資格を取得（就職）したとき	「4」に○印	入社した日	「1」に○印
海外に転出するとき		出国の翌日	「11」に○印
任意加入をやめたいとき	「5」に○印	申し出た日	「4」に○印

● 付加保険料を納付するとき、納付をやめるときの届出（申出）

事例	「⑩届書種類・番号」欄	「⑪該当・申出年月日」欄	「⑫理由等」欄
付加保険料の納付を希望するとき	「6」に○印 ※電子申請が可能です。	申し出た日	「1」に○印
付加保険料の納付をやめたいとき			「2」に○印
農業者年金の資格を取得したとき	「7」に○印 ※電子申請が可能です。	農業者年金の資格取得日	「3」に○印
農業者年金の資格を喪失したとき		農業者年金の資格喪失日	「4」に○印

● 国民年金保険料の免除理由に該当したとき、該当しなくなったときの届出

事例	「⑩届書種類・番号」欄	「⑪該当・申出年月日」欄	「⑫理由等」欄
免除理由に該当したとき	「8」に○印	該当した日	該当した項目に○印
免除理由に該当しなくなったとき	「9」に○印	該当しなくなった日	該当しなくなった項目に○印

● 基礎年金番号通知書を再交付するときの申出

事例	「⑩届書種類・番号」欄	「⑪該当・申出年月日」欄	「⑫理由等」欄
基礎年金番号通知書を失くしたとき、破損したとき	「10」に○印	申出をする日	再交付を希望する理由に○印

● 国民年金の産前産後免除理由に該当するときの届出

事例	「⑩届書種類・番号」欄	「⑪出産（予定）日」欄	「⑫単胎・多胎の別」欄
産前産後免除理由に該当するとき	「14」に○印 ※電子申請が可能です。	出産（予定）日	該当する項目に○印

● 住所変更、氏名変更および死亡の届出（個人番号をお持ちでない方のみ届出が必要）

事例	「⑩届書種類・番号」欄	「⑪該当年月日」欄	「⑫理由等」欄
住所が変わったとき	「11」に○印	住所変更した日	変更前の住所を記入してください
氏名が変わったとき	「12」に○印	氏名変更した日	変更前の氏名を記入してください
亡くなったとき	「13」に○印	亡くなった日	届出者の連絡先を記入してください

様式コード
4 6 5 6

国民年金保険料口座振替納付(変更)申出書 兼 還付金振込方法(変更)申出書



日本年金機構理事長 あて 令和 年 月 日

私は、国民年金保険料を口座振替により納付したいので、保険料額等必要な事項を記載した納付書を、指定の金融機関あてに送付してください。
また、国民年金保険料の払い過ぎ等により還付(払い戻し)が発生した場合の口座への振込について、「C. 還付金振込方法」のとおり申出します。

〒 住所: _____
(フリガナ)

被保険者氏名: _____

電話番号: 1. 自宅 2. 携帯電話 3. 勤務先 4. その他 ()

市区町村	日本年金機構

太線枠内の必要事項をご記入ください。数字の記載された項目は該当する項目に○をつけてください。
複写様式を使用する場合は、強めにご記入ください。

還付金振込方法のみをこの用紙で申出する場合は、下記「A.被保険者」欄をご記入いただき、用紙下部「C. 還付金振込方法」欄の記載事項をご確認のうえ、「還付金振込方法のみ申出」に○をつけてください。

A 被保険者	基礎年金番号	生年月日
	—	5. 昭和 年 月 日 7. 平成

銀行等またはゆうちょ銀行のいずれかを選んで記入し、2枚目に押印してください。
なお、振替方法のみ変更する場合(口座に変更がない場合)は、「振替方法のみ変更」欄に○のうえ、振替方法を選択してください。

振替方法のみ変更		振替方法のみ変更する場合は、「指定預金口座」欄の記入、お届け印の押印は不要です。							
B 指定預金口座/振替方法	銀行区分(いずれかを選択)	金融機関名	預金種別		口座番号 (右詰めで記入)	金融機関コード	支店コード	お届け印	
			1. 普通	2. 当座				2枚目に押印してください	
	指定預金口座	種目コード	契約種別コード	通帳記号		通帳番号(右詰めで記入)			
		1 6 6 3 2 1		0 -					
振替方法	ゆうちょ銀行	口座名義人							
	1 翌月末振替	2 6カ月前納	3 1年前納	4 当月末振替(早割)	5 2年前納	6 2年前納(4月開始)			

※希望する振替方法の番号を○で囲んでください。振替方法の詳細については、記入例の裏面「振替方法について」をご覧ください。
※振替方法のみ変更する場合についても、「C. 還付金振込方法」欄の記載事項をご確認ください。

C 還付金振込方法	還付金振込方法のみ申出	口座振替納付申出(変更申出を含む)を行う場合は、左の「還付金振込方法のみ申出」欄に○をつける必要はありません。	金融機関等使用欄
	国民年金保険料の還付金が発生した場合は、「国民年金保険料の振替口座」への振込を希望します。 なお、「国民年金保険料の振替口座」が被保険者本人名義でない場合でも還付金の振込に同意します。 希望しない場合は右側の()を○で囲んでください。 ※「国民年金保険料の振替口座」への振込を希望しない場合には、還付請求書の提出が必要となり、振込までに2~3カ月程度の期間がかかります。	希望しません	不備返却理由 1. 記載事項等不備 □ 届出印 □ 店名・預金種別 □ 口座番号 □ 口座名義 □ 口座なし 2. その他 ()

※「6カ月前納」、「1年前納」、「当月末振替(早割)」、「2年前納」、「2年前納(4月開始)」の場合は、割引された保険料を振替します。
割引額が多いのは、「2年前納」、「2年前納(4月開始)」>「1年前納」>「6カ月前納」>「当月末振替(早割)」の順になります。
※事務処理に日数を要しますので、申出をいただいた翌月以降に振替を開始します。
※提出は指定預金口座のある金融機関またはお近くの年金事務所へお願いします。その際は、もう一度、届出印、口座番号等のご確認をお願いします。(振替方法のみ変更・還付金振込方法のみ申出の場合は、お近くの年金事務所へ提出をお願いします。)
※振替方法「2」、「3」、「5」、「6」では前納分の初回振替の際に、振替方法「4」では初回振替の際に前月分の保険料を合わせて振替します。(前月分については割引となりません。なお、前月分についてすでに納付されている場合は、前月分の振替は行いません。)

○振替開始(予定) 令和 年 月 末日から(金融機関の休業日の場合は翌営業日から)

1枚目(年金事務所用)

S1年

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	令和		年度分		
	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 令和 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 令和 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 令和 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。					..... 希望しません
	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。					..... 希望しません
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。

様式コード			
4	6	2	3



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）」欄に左詰めでご記入ください。

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)	令和 年 月から 令和 年 月まで
	⑥ 在学予定期間	(入学年月) 平成 年 月から (卒業予定年月) 令和 年 月まで
	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	令和 年 月末まで有効 ※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 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 (生活保護受給者)	1. 失業 令和 年 月 日 ⇒ 雇用保険加入(あり・なし) 2. 天災等 3. その他()
	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。

国民年金死亡一時金支給決定決議書・決定伺

起案年月日	決議年月日	事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グ ル ー プ 長 課 長	担 当 者
平成 年 月 日	平成 年 月 日				

下記のとおり裁定してよろしいか。また決裁後は通知書を送付してよろしいか。

被保険者期間	月	支給決定額	
第1号被保険者期間の保険料納付状況	納付済期間	定額納付月数	月
		4分の1免除月数 (× 3/4)	月
		半額免除月数 (× 1/2)	月
		4分の3免除月数 (× 1/4)	月
		付加納付月数	月
	免除月数		月
却下事由			円

国民年金死亡一時金請求書

死 亡 者	個人番号(または基礎年金番号)		(フリガナ)							
	基礎年金番号以外の年金手帳番号		氏名							
	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日					
	死亡年月日	平 成	年	月	日					
	住所									
請 求 者	(フリガナ)	氏名		生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	死亡者との続柄	
	住所	〒		電話番号 ()				-		
	年金受取機関		(フリガナ)							
1. 金融機関 (ゆうちょ銀行を除く)		口座名義人氏名								
2. ゆうちょ銀行 (郵便局)		口座番号								
年 金 送 金 先	☆金融機関コード	支店コード	(フリガナ)	銀行	(フリガナ)	本店	預金種別	口座番号(左詰めで記入)		
	◆	◆		信託		支店	1. 普通			
	貯金通帳の口座番号		番号(右詰めで記入)		☆ 金融機関またはゆうちょ銀行の証明		請求者の氏名フリガナと口座名義人氏名フリガナが同じであることを確認してください。 ※貯蓄口座は振込できません			
	記号(左詰めで記入)		番号(右詰めで記入)		印					
支払局コード		0 1 0 1 6 0		※口座をお持ちでない方や口座でのお受取りが困難な事情がある方は、お受取り方法について、「ねんきんダイヤル」又はお近くの年金事務所にお問い合わせください。						

先順位者の有無	死亡の当時、死亡者と生計を同じくしていた人がいましたか。					
	配偶者	子	父母	孫	祖父母	兄弟姉妹
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
他の同順位者	氏 名	性別	続柄	生年月日	住所	請求の有無
		男・女		・		有・無
		男・女		・		有・無
寡婦年金との調整	ア. 寡婦年金を受けることができるが死亡一時金を選択する。 イ. 寡婦年金を受けることができない。					

平成 年 月 日

年金事務所長あて

二次元
コード

