

令和2年松前町規則第13号

松前町国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則を次のように公布する。

令和2年6月1日

松前町長 岡本 靖

松前町国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則

松前町国民健康保険条例施行規則（平成20年松前町規則第26号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前
<p>(療養費の支給申請)</p> <p>第2条 _____ _____国民健康保険法施行規則（昭和33年厚生省令第53号。以下「省令 _____」という。）第27条第1項に規定する療養費支給申請書の様式は、様式第1号とする。</p> <p>(高額療養費の支給申請)</p> <p>第3条 省令第27条の16第1項 _____ _____に規定する高額療養費支給申請書の様式は、様式第2号とする。</p> <p>2 省略</p>	<p>(療養費の支給申請)</p> <p>第2条 <u>被保険者が国民健康保険法（昭和33年法律第192号。以下「法」という。）第54条の規定による療養費の支給を受けようとするときは、国民健康保険法施行規則（昭和33年厚生省令第53号。以下「施行規則」という。）第27条第1項に規定する療養費の支給申請書に被保険者証を添えて町長に請求するものとする。</u></p> <p>(高額療養費の支給申請)</p> <p>第3条 <u>被保険者が法第57条の2の規定による高額療養費（以下「高額療養費」という。）の支給を受けようとするときは、施行規則第27条の17第1項に規定する高額療養費支給申請書に次に掲げる書類を添えて町長に請求するものとする。</u></p> <p><u>(1) 当該療養費を支払ったことを確認することができる書類</u></p> <p><u>(2) 被保険者証</u></p> <p>2 省略</p>

国民健康保険療養費支給申請書 (月分)

年 月 日

松前町長様

世帯主 住所 松前町大字

氏名 印

(電話 -)

別紙証拠書類を添えて療養費の申請をします。

被保険者証の 記号・番号		保 険 区 分	一般・退本・退扶・前期 未就学・70歳一般・70歳現役
療養を受けた 被保険者の 氏名、生年月日	氏 名 生年月日 年 月 日生	地方単独事業区 分	重 心・ひとり親・子ども
個 人 番 号		世帯主との続柄	本人・夫・妻・子・父・母 その他 ()
発病・負傷 年 月 日	年 月 日	療 養 の 期 間	年 月 日～ 入・外 年 月 日 (日間)
(療養の種類) (添付すべき書類)		審査決定額	
1. 看 護	領収書・意見書・看護証明書	円	
2. 治療用器具	領収書・診断書	審査済印	
3. あんま・マッサージ	領収書(明細書)・同意書(診断書)		
4. はり・きゅう	領収書(明細書)・同意書(診断書)		
5. 柔道整復	領収書(明細書)		
6. その他 ()	領収書・診断書等		
7. 一般診療 医・歯・薬	領収書・明細書(レセプト)		
一般診療を受けた理由		療養に要した費用額	
		円	
療 養 を 受 け た と ころ	保険医療機関の 住所 名称 保険医氏名		受 付 印
世帯主の 預金口座	銀行・信金 農協	本店 支店	普通 当座
	口座番号		
	口座名義人(カナ)		
備 考 (債権者登録有 / 窓口払希望)			

様式第3号 省略

様式第4号 省略

様式第5号 (附則第2項関係)

様式第1号 省略

様式第2号 省略

国民健康保険傷病手当金支給申請書

(世帯主記入用)

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号番号	世帯主氏名	
	(フリガナ) 氏名	生年月日	年 月 日
	住所		
振 込 先	金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他()	本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他() ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入
	預金別	普通・当座 その他()	口座番号
	口座名義(カタカナ)		
※左詰めで記入してください。濁点、半濁点は1字として、姓と名の間は一字空けてください。			
上記のとおり申請します。			
年 月 日			
住 所		電 話 番 号	
世帯主氏名		印	
松 前 町 長			
様			

【受取代理人の欄】(世帯主以外の方が受領する場合は、記入が必要です。)

世帯主	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	年 月 日
氏名	印	住所 同上

代理人 (口座名義人)	〒 _____	世帯主との関係
	(フリガナ) 氏名 _____ 印	
保険者 記入欄	支給決定額 _____ 円	

付表1 国民健康保険傷病手当金申請(被保険者記入用)

被保険者氏名	_____		
症状が出た日	年 月 日	帰国者・接触者相談センター への相談日 ※相談した場合に記入	年 月 日 (時 頃)
①医療機関の受診状況	1. 受診した 2. 受診していない		
①で「受診した」と回答した場合) ②医療機関の受診日	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
①で「受診していない」と回答した場合) ③症状(期間などを具体的に)			
④療養のために 休んだ期間	年 月 日から	⑤左記期間のうち、勤務ができなかった日数 (新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり 感染が疑われる場合を含む)によらない休暇や 勤務予定がなかった日は除く。)	日
	年 月 日まで		
⑥ 上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払を受けましたか。 または、今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ		

⑦	⑥で「はい」と回答した場合、その給与等の額と、その報酬支払の対象となった(なる)期間を御記入ください。	年 月 日から	(給与等の額:円)					
		年 月 日まで	<input type="text"/>					

(上記①において「受診していない」と回答した場合は、下記の事業主記載欄について、事業主の証明が必要です。)

事業主記入欄	年 月 日
	上記③～⑦の内容については、当事業所において把握している内容と相違ないことを証明します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名 ㊞
担当者氏名	電話番号

付表 2 国民健康保険傷病手当金申請 (事業主記入用)

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況及び賃金支払状況等を御記入ください。

被保険者氏名																	
①新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に服することができなかった期間の属する月における勤務状況 上記の事由による無給休暇の日数を×で表示してください。																左記の事由による 無給休暇の日数	
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15															日	
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15															日	
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																
②新型コロナウイルス感染症(発熱等の症状があり感染が疑われる場合を含む)により、労務に服することができなかった期間の属する月の直近3か月の勤務状況 【出勤は○】、【有給休暇は△】、【上記の事由による無給休暇は×】、【その他の休暇(賃金が生じる)は=】、【その他の休暇(賃金が生じない)は/】でそれぞれ表示してください。																賃金が生じた日数の計 (○、△、= の計)	
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15															日	
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15															日	
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15															日	
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																
年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15															日	
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																

事業主が証明するところ	②の期間に対して、賃金を支払いましたか？	1. はい 2. いいえ	給与の種類	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	賃金計算	締日	日	
						支払日	1. 当月 2. 翌月	日
②の期間の課税対象となる賃金支給状況を御記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。								
支給した賃金内訳	区分	単価(円)	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	月 日 ~ 月 日 分	(A) 支給額(円)	(B) 支給額(円)	(C) 支給額(円)
	基本給							
	時給							
	手当							
	手当							
	手当							
	手当							
	現物給与							
	計							
	賃金支給総額(上記(A)~(C)の合計)							
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)について御記入ください。								
上記のとおり相違ないことを証明します。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名								
担当者氏名		電話番号						

付表3 国民健康保険傷病手当金申請(医療機関記入用)

患者氏名			
傷病名		初診日	年 月 日
発病年月日	年 月 日	発病の原因	
労務不能と認められた期間	年 月 日から 年 月 日まで		

