

別添 5－1

別記

様式第1号(第5条第1項関係)

草津市長 宛 年 月 日

草津市長 宛

申請者 住所

氏名

電話

人 間 ド ッ ク 等 検 診 計 画 書

被保険者記号番号	滋 草
検診を受ける被保険者氏名	
生年月日・年齢	年 月 日 満 歳
検診を受ける病院等の名称	
検 診 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
検 診 の 種 類	人間ドック検診 ・ 組合せドック検診
検 診 費 用	※ 円

注意 ※欄は、計画書提出時に費用が確定している場合に記入のこと。

草津市人間ドック等検診助成金交付要綱に基づき、人間ドック等検診受診後、検診結果票を提出することを承諾します。また、人間ドック検診については、必要に応じて保健指導員による検診事後指導を受けることおよび特定健康診査受診結果として草津市が利用することを承諾します。

氏名

※ 提出していただいた検診結果票については、個人情報保護に留意し、保険者において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用します。

別添 5－2

別記様式第1号(第5条関係)

草津市長 宛 年 月 日

草津市長 宛

申請者 住所

氏名

電話

人 間 ド ッ ク 等 検 診 計 画 書

被保険者証記号番号	滋 草
検診を受ける被保険者氏名	
生年月日・年齢	年 月 日 満 歳
検診を受ける病院等の名称	
検 診 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
検 診 の 種 類	人間ドック検診 ・ 組合せドック検診
検 診 費 用	※ 円

注意 ※欄は、計画書提出時に費用が確定している場合に記入のこと。

草津市人間ドック等検診助成金交付要綱に基づき、人間ドック等検診受診後、検診結果票を提出することを承諾します。また、人間ドック検診については、必要に応じて保健指導員による検診事後指導を受けること、および特定健康診査受診結果として草津市が利用することを承諾します。

氏名

※ 提出していただいた検診結果票については、個人情報保護に留意し、保険者において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用します。

別添 6－1

別記

様式第1号(第4条関係)

診療報酬明細書等の開示依頼書

年 月 日

草津市長 様

草津市福祉事務所長 様

依頼者住所

氏名

受診者との関係

次のとおり診療報酬明細書の開示(交付)を依頼します。

受診者	被保険者証記号番号	受給者番号	
氏(フリガナ)名		男女	生年月日
住 所		電 話	
受診した医療機関等の名称・所在地	名 称 所在地		
診 療 年 月			
診療報酬明細書等の区分(入院・外来等)			

※依頼者住所・氏名欄は、必ず依頼者本人が署名してください。

※ 以下の各欄は記入する必要はありません。

- | | | |
|--------------|--|-------------|
| A 本人確認書類 | 1 運転免許証 | 2 旅券(パスポート) |
| | 3 身分証明書(官公庁等の写真付き) | |
| | 4 船員手帳 | |
| | 5 その他() | |
| B 遺族等の確認書類 | 1 戸籍謄本(抄本) | 2 住民票(除票) |
| | 3 その他() | |
| C 法定代理人の確認書類 | 1 戸籍謄本(抄本) | 2 住民票 |
| | 3 後見開始の審判 | 4 家庭裁判所の証明書 |
| | 5 その他() | |
| D 弁護士の確認書類 | 1 弁護士記章(登録番号) | |
| | 2 身分証明書 | |
| | 3 レセプト開示依頼にかかる「委任状」および委任状に押印された印の印鑑証明書 | |
| | (3点とも必要。身分証明書がない場合はAの書類) | |

別添 6－2

別記様式第1号(第4条関係)

診療報酬明細書等の開示依頼書

年 月 日

草津市長 様

草津市福祉事務所長 様

依頼者住所

氏名

受診者との関係

次のとおり診療報酬明細書の開示(交付)を依頼します。

受診者	被保険者証記号番号	本人受給者番号		受給者番号	
氏(フリガナ)名		男女	生年月日		
住 所		電 話			
受診した医療機関等の名称・所在地	名 称 所在地				
診 療 年 月					
診療報酬明細書等の区分(入院・外来等)					

※依頼者住所・氏名欄は、必ず依頼者本人が署名してください。

※ 以下の各欄は記入する必要はありません。

- | | | |
|--------------|--|-------------|
| A 本人確認書類 | 1 運転免許証 | 2 旅券(パスポート) |
| | 3 身分証明書(官公庁等の写真付き) | |
| | 4 船員手帳 | |
| | 5 その他() | |
| B 遺族等の確認書類 | 1 戸籍謄本(抄本) | 2 住民票(除票) |
| | 3 その他() | |
| C 法定代理人の確認書類 | 1 戸籍謄本(抄本) | 2 住民票 |
| | 3 後見開始の審判 | 4 家庭裁判所の証明書 |
| | 5 その他() | |
| D 弁護士の確認書類 | 1 弁護士記章(登録番号) | |
| | 2 身分証明書 | |
| | 3 レセプト開示依頼にかかる「委任状」および委任状に押印された印の印鑑証明書 | |
| | (3点とも必要。身分証明書がない場合はAの書類) | |

別添 7－1

様式第2号(第6条関係)

第 号
年 月 日

様

草津市長
草津市福祉事務所長

印

印

診療報酬明細書等の開示について(照会)

平素は、**草津市国民健康保険**の運営に御理解、御協力賜り厚くお礼申し上げます。

さて、厚生省からの通知に基づき、診療報酬明細書等につきましては、診療上の支障が生じない場合には、被保険者等から依頼があれば、個人のプライバシー保護に十分留意しつつ開示しているところです。

つきましては、下記のとおり、診療報酬明細書等の開示依頼がありましたので別添の診療報酬明細書等を開示することにより、受診者が傷病名を知った場合に診療上支障が生じるか否かについて、主治医等に御確認いただきたくお願いいたします。

御回答にあたりましては、別紙「診療報酬明細書等の開示について(回答)」により、
年 月 日までに御回答くださいますようよろしくお願いいたします。

回答書中、開示の適否の区分欄については、当該診療報酬明細書等を開示することにより、本人の診療上支障が生じない場合については「開示」、診療上支障が生じる部分を伏して開示する場合については「部分開示」、当該診療報酬明細書を開示することにより診療上支障が生じる場合については「不開示」と区分しております。

また、部分開示の場合につきましては、別添の診療報酬明細書等に不開示部分をマジック等で消し込んでその写しも送付してください。

なお、回答期日までに御回答がない場合につきましては、診療上問題がないものと判断し、依頼者あて当該診療報酬明細書等の写しを交付することを申し添えます。

記

受付日	依頼者	依頼者氏名	受診者名
	1 本人 2 遺族等 3 法定代理人 4 弁護士		

診療年月	診療報酬明細書等区分							
年 月診療分	1 入院	2 入院外	3 歯科	4 調剤	5 他			
年 月診療分	1 入院	2 入院外	3 歯科	4 調剤	5 他			
年 月診療分	1 入院	2 入院外	3 歯科	4 調剤	5 他			
年 月診療分	1 入院	2 入院外	3 歯科	4 調剤	5 他			

別添 7－2

様式第2号(第6条関係)

第 号
年 月 日

様

草津市長
草津市福祉事務所長

印

印

診療報酬明細書等の開示について(照会)

平素は、**草津市国民健康保険および老人医療**の運営に御理解、御協力賜り厚くお礼申し上げます。

さて、厚生省からの通知に基づき、診療報酬明細書等につきましては、診療上の支障が生じない場合には、被保険者等から依頼があれば、個人のプライバシー保護に十分留意しつつ開示しているところです。

つきましては、下記のとおり、診療報酬明細書等の開示依頼がありましたので別添の診療報酬明細書等を開示することにより、受診者が傷病名を知った場合に診療上支障が生じるか否かについて、主治医等に御確認いただきたくお願いいたします。

御回答にあたりましては、別紙「診療報酬明細書等の開示について(回答)」により、
年 月 日までに御回答くださいますようよろしくお願いいたします。

回答書中、開示の適否の区分欄については、当該診療報酬明細書等を開示することにより、本人の診療上支障が生じない場合については「開示」、診療上支障が生じる部分を伏して開示する場合については「部分開示」、当該診療報酬明細書を開示することにより診療上支障が生じる場合については「不開示」と区分しております。

また、部分開示の場合につきましては、別添の診療報酬明細書等に不開示部分をマジック等で消し込んでその写しも送付してください。

なお、回答期日までに御回答がない場合につきましては、診療上問題がないものと判断し、依頼者あて当該診療報酬明細書等の写しを交付することを申し添えます。

記

受付日	依頼者	依頼者氏名	受診者名
	1 本人 2 遺族等 3 法定代理人 4 弁護士		

診療年月	診療報酬明細書等区分							
年 月診療分	1 入院	2 入院外	3 歯科	4 調剤	5 他			
年 月診療分	1 入院	2 入院外	3 歯科	4 調剤	5 他			
年 月診療分	1 入院	2 入院外	3 歯科	4 調剤	5 他			
年 月診療分	1 入院	2 入院外	3 歯科	4 調剤	5 他			

別添 8－1

様式第6号(第9条関係)

第 号
年 月 日

様

草津市長
草津市福祉事務所長

印

印

調剤報酬明細書の開示について(お知らせ)

平素は、**草津市国民健康保険**の運営に御理解、御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、厚生省からの通知に基づき、診療報酬明細書等につきましては、診療上の支障が生じない場合には、被保険者等からの依頼があれば、個人のプライバシー保護に十分留意しつつ開示しているところです。

つきましては、下記のとおり、調剤報酬明細書の開示依頼があり、別添の調剤報酬明細書の写しを
年 月 日付けで依頼者あて開示することとしましたのでお知らせします。

なお、当該調剤報酬明細書の開示することについては、処方せんを発行した保険医療機関等に対し、診療上の支障が生じるか否かについて事前に照会し、開示の同意を得ておりますので念のため申し添えます。

記

受付日	依頼者	依頼者名	受診者名
	1 本人 2 遺族等 3 法定代理人 4 弁護士		

診療年月日	開示内容		
年 月診療分	1 開示	2 部分開示	
年 月診療分	1 開示	2 部分開示	
年 月診療分	1 開示	2 部分開示	
年 月診療分	1 開示	2 部分開示	

別添 8－2

様式第6号(第9条関係)

第 号
年 月 日

様

草津市長
草津市福祉事務所長

印

印

調剤報酬明細書の開示について(お知らせ)

平素は、**草津市国民健康保険および老人医療**の運営に御理解、御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、厚生省からの通知に基づき、診療報酬明細書等につきましては、診療上の支障が生じない場合には、被保険者等からの依頼があれば、個人のプライバシー保護に十分留意しつつ開示しているところです。

つきましては、下記のとおり、調剤報酬明細書の開示依頼があり、別添の調剤報酬明細書の写しを
年 月 日付けで依頼者あて開示することとしましたのでお知らせします。

なお、当該調剤報酬明細書の開示することについては、処方せんを発行した保険医療機関等に対し、診療上の支障が生じるか否かについて事前に照会し、開示の同意を得ておりますので念のため申し添えます。

記

受付日	依頼者	依頼者名	受診者名
	1 本人 2 遺族等 3 法定代理人 4 弁護士		

診療年月日	開示内容		
年 月診療分	1 開示	2 部分開示	
年 月診療分	1 開示	2 部分開示	
年 月診療分	1 開示	2 部分開示	
年 月診療分	1 開示	2 部分開示	

別添9-1

別記

様式第1号(第3条第1項関係)

(あて先)

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

申請者(世帯主) ※「申請者」は世帯主となります。	被保険者	記号	番号			
	氏名	(フリガナ)				
	住所	〒 (フリガナ)				
	電話番号	()				
	出生年月日	年 月 日 単・多(胎)				
	出生予定者 ※申請者と同一の場合は不要です	氏名	(フリガナ)			
	出生年月日	年 月 日				
	出産予定 医療機関等	名称	(フリガナ)			
	所在地	〒 (フリガナ)				
	申請者に対する支払金 照会機関	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座 番号	口座 名義	(フリガナ)	
申請者(または)出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険(または)船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。 ※健康保険法第106条(または)船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険(または)船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に山産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。 申請者本人の退職等により、健康保険(または)船員保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に山産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号 申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に山産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号						
受取代理人の欄	申請者() (以下「甲」という。)	は、医療機関等である() (以下「乙」という。)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。 甲が請求する出産育児一時金等のうち、乙が甲に対して山産に申し請求する費用の額甲の受領に同意すること。 ※出産育児一時金等の支給額を上限とする。 年 月 日				
	甲の住所	氏名 印				
	乙の所在地	名称 印 電話 ()				
	受取代理人に対する支払金照会機関	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座 番号	口座 名義	(フリガナ)	
	銀行 金融 信託					店・本店 支店・出張
	(備考欄)					

別添9-2

様式第1号

(あて先)

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

申請者(世帯主) ※「申請者」は世帯主となります。	被保険者	記号	番号			
	氏名	(フリガナ)				
	住所	〒 (フリガナ)				
	電話番号	()				
	出生年月日	年 月 日 単・多(胎)				
	出生予定者 ※申請者と同一の場合は不要です	氏名	(フリガナ)			
	出生年月日	年 月 日				
	出産予定 医療機関等	名称	(フリガナ)			
	所在地	〒 (フリガナ)				
	申請者に対する支払金 照会機関	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座 番号	口座 名義	(フリガナ)	
申請者(または)出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険(または)船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。 ※健康保険法第106条(または)船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険(または)船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に山産された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。 申請者本人の退職等により、健康保険(または)船員保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に山産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号 申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に山産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号						
受取代理人の欄	申請者() (以下「甲」という。)	は、医療機関等である() (以下「乙」という。)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。 甲が請求する出産育児一時金等のうち、乙が甲に対して山産に申し請求する費用の額甲の受領に同意すること。 ※出産育児一時金等の支給額を上限とする。 年 月 日				
	甲の住所	氏名 印				
	乙の所在地	名称 印 電話 ()				
	受取代理人に対する支払金照会機関	1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座 番号	口座 名義	(フリガナ)	
	銀行 金融 信託					店・本店 支店・出張
	(備考欄)					

別添10-1

様式第2号(第3条第2項関係)

(あて先)

年 月 日

受取代理申請受付通知書

受取代理制度により、以下の国民健康保険の世帯主から、貴院を受取代理人とする出産育児一時金等の支給申請がなされましたので、ご連絡いたします。

受付日	年 月 日	
国民健康保険 の世帯主	氏名	(フリガナ)
	住所	〒 (フリガナ)
	生年月日	年 月 日
出産予定日・数	年 月 日 単・多(胎)	
出産予定者 ※世帯主と同一の場合は省略	氏名	(フリガナ)
	生年月日	年 月 日
貴院が代理受領することが できる額の上限	500,000円 ※ 産科医療補償制度対象出産でない場合は、488,000円となります。 ※※多胎の場合は、出産数を乗じた額となります。	

出産育児一時金の支給のためには、当該被保険者の出産後、貴院から、

- ・ 出産費用の請求書の写し
※ 産科医療補償制度対象出産の場合は、所定の印が押印された請求書の写し
- ・ 出産の事実を証明する書類の写し

を送付いただく必要があります。

出産後速やかに下記あて送付いただきますよう、お願いいたします。

(保険者名) 草津市

(所在地) 草津市草津三丁目13番30号

別添10-2

様式第2号

(あて先)

年 月 日

受取代理申請受付通知書

受取代理制度により、以下の国民健康保険の世帯主から、貴院を受取代理人とする出産育児一時金等の支給申請がなされましたので、ご連絡いたします。

受付日	年 月 日	
国民健康保険 の世帯主	氏名	(フリガナ)
	住所	〒 (フリガナ)
	生年月日	年 月 日
出産予定日・数	年 月 日 単・多(胎)	
出産予定者 ※世帯主と同一の場合は省略	氏名	(フリガナ)
	生年月日	年 月 日
貴院が代理受領することが できる額の上限	420,000円 ※ 産科医療補償制度対象出産でない場合は、390,000円となります。 ※※多胎の場合は、出産数を乗じた額となります。	

出産育児一時金の支給のためには、当該被保険者の出産後、貴院から、

- ・ 出産費用の請求書の写し
※ 産科医療補償制度対象出産の場合は、所定の印が押印された請求書の写し
- ・ 出産の事実を証明する書類の写し

を送付いただく必要があります。

出産後速やかに下記あて送付いただきますよう、お願いいたします。

(保険者名) 草津市

(所在地) 草津市草津三丁目13番30号

別添 1 1－1

様式第 3 号(第 4 条関係)

年 月 日

(あて先)_____

申請者 住所
(世帯主) 氏名 印

出産育児一時金等受取代理申請取下書

年 月 日に申請しました出産育児一時金等の受取代理申請を下記のとお
り取り下げます。

記

被保険者	記号	滋 草	番号	
出産予定者	氏 名	(フリガナ)		
	生年月日	年	月	日
出産予定日	年 月 日			
取下げの理由				
備 考				

別添 1 1－2

様式第3号

年 月 日

(あて先)_____

申請者 住所
(世帯主) 氏名 印

出産育児一時金等受取代理申請取下書

年 月 日に申請しました出産育児一時金等の受取代理申請を下記のとお
り取り下げます。

記

被保険者証	記号	滋 草	番号	
出産予定者	氏 名	(フリガナ)		
	生年月日	年	月	日
出産予定日	年 月 日			
取下げの理由				
備 考				

別添 1 2－1

様式第 4 号(第 5 条関係)

年 月 日

(あて先)_____

(申請者) 住所
世帯主 氏名 印

被保険者 記号 滋 草
番号

受 取 代 理 人 変 更 届

受取代理人の変更について下記のとおり提出します。

記

申請者() (以下「甲」という。) は、医療機関等である() (以下「乙」という。) を代理人と定め、 年 月 日付にて委任した出産育児一時金等の 受領に関する権限について、乙に替えて、新たに医療機関等である() (以下「丙」 という。) を代理人として定め、これを委任します。									
年 月 日									
甲の住所									
氏名 印									
乙の所在地**									
名称** 印 電話 ()									
丙の所在地**									
名称** 印 電話 ()									
受 取 代 理 人 に 対 す る 支 払 金 融 機 関					銀行 金庫 信組 店・本店 支店・出張所				
預金 種別		1：普通 4：通知 2：当座 5：貯蓄 3：別段		口座 番号		口座 名義		(フリガナ)	

※ 「申請者」は世帯主となります。
※※ 「乙」・「丙」の所在地・名称については、それぞれ変更前の医療機関等・変更後の医療機関等に
て記入・押印が必要です。

別添 1 2－2

様式第4号

年 月 日

(あて先)_____

(申請者) 住所
世帯主 氏名 印

被保険者証 記号 滋 草
番号

受 取 代 理 人 変 更 届

受取代理人の変更について下記のとおり提出いたします。

記

申請者() (以下「甲」という。) は、医療機関等である() (以下「乙」という。) を代理人と定め、 年 月 日付にて委任した出産育児一時金等の 受領に関する権限について、乙に替えて、新たに医療機関等である() (以下「丙」 という。) を代理人として定め、これを委任します。									
年 月 日									
甲の住所									
氏名 印									
乙の所在地**									
名称** 印 電話 ()									
丙の所在地**									
名称** 印 電話 ()									
受 取 代 理 人 に 対 す る 支 払 金 融 機 関					銀行 金庫 信組 店・本店 支店・出張所				
預金 種別		1：普通 4：通知 2：当座 5：貯蓄 3：別段		口座 番号		口座 名義		(フリガナ)	

※ 「申請者」は世帯主となります。
※※ 「乙」・「丙」の所在地・名称については、それぞれ変更前の医療機関等・変更後の医療機関等に
て記入・押印が必要です。

別添 1 3－1

様式第 5 号(第 6 条第 1 項第 1 号関係)

年 月 日

(あて先)_____

(医療機関等) 所在地

名称 印

出 産 費 用 請 求 報 告 書

標記について、下記のとおり報告します。

記

被保険者	記号	滋 草	番号	
被保険者(出産者)	氏名	(フリガナ)		
	住所	〒 (フリガナ)		
請 求 金 額	円			
出産費用請求書(写)	別添のとおり			
出産の事実を証明する書類(写)	別添のとおり			

別添 1 3－2

様式第 5 号

年 月 日

(あて先)_____

(医療機関等) 所在地

名称 印

出 産 費 用 請 求 報 告 書

標記について、下記のとおり報告します。

記

被保険者証	記号	滋 草	番号	
被保険者(出産者)	氏名	(フリガナ)		
	住所	〒 (フリガナ)		
請 求 金 額	円			
出産費用請求書(写)	別添のとおり			
出産の事実を証明する書類(写)	別添のとおり			

別添 1 4－1

別記
様式第 1 号(第 3 条関係)

	課長	係長	担当
申請者が記入するところ	国民健康保険高額療養費受領委任払申請書		
	草津市長 様 年 月 日		
	(世帯主) 住所 氏名 電話 印		
	次のとおり申請します。		
	被保険者記号・番号	滋草	性別 男・女
	療養を受けた被保険者の氏名・生年月日	年 月 日	
	個人番号(マイナンバー)		
	傷病名		
	診療期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	病院等の名称等	名称 所在地	
受領委任払申請の理由	受領委任払申請の理由		
	委任欄	草津市国民健康保険高額療養費受領委任払実施要綱に基づき、受領委任払に同意し、高額療養費の受領に係る権限を下記の病院等に委任します。受領委任払が認められない場合においては病院等に誠意をもって支払います。 年 月 日 (世帯主) 住所 氏名 印	
	同意欄	草津市国民健康保険高額療養費受領委任払実施要綱による受領委任払に同意します。高額療養費の受領に係る権限を上記の申請者から受任し、草津市が当病院等に高額療養費を支払うまでの間、申請者からの当該高額療養費分の一部負担金の徴収を猶予します。 年 月 日 所在地 名称 印	
	振込先	金融機関名	銀行・農協・信用金庫 支・本店
		口座の種類	普通・当座 口座番号
		口座名義人	フリガナ
	添付書類		
	・病院等の発行する請求書		
	・被保険者であることが確認できるものの写し		
	受付欄		

※下記は記入しないでください。

本人確認措置	番号確認・身元(実存)確認・代理権確認
受付担当者	

別添 1 4－2

別記
様式第 1 号(第 3 条関係)

	課長	グループ長	担当
申請者が記入するところ	国民健康保険高額療養費受領委任払申請書		
	草津市長 様 年 月 日		
	(世帯主) 住所 氏名 電話 印		
	次のとおり申請します。		
	被保険者証の記号・番号	滋草	性別 男・女
	療養を受けた被保険者の氏名・生年月日	年 月 日	
	個人番号(マイナンバー)		
	傷病名		
	診療期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	病院等の名称等	名称 所在地	
受領委任払申請の理由	受領委任払申請の理由		
	委任欄	草津市国民健康保険高額療養費受領委任払実施要綱に基づき、受領委任払に同意し、高額療養費の受領に係る権限を下記の病院等に委任します。受領委任払が認められない場合においては病院等に誠意をもって支払います。 年 月 日 (世帯主) 住所 氏名 印	
	同意欄	草津市国民健康保険高額療養費受領委任払実施要綱による受領委任払に同意します。高額療養費の受領に係る権限を上記の申請者から受任し、草津市が当病院等に高額療養費を支払うまでの間、申請者からの当該高額療養費分の一部負担金の徴収を猶予します。 年 月 日 所在地 名称 印	
	振込先	金融機関名	銀行・農協・信用金庫 支・本店
		口座の種類	普通・当座 口座番号
		口座名義人	フリガナ
	添付書類		
	・病院等の発行する請求書		
	・国民健康保険被保険者証		
	受付欄		

※下記は記入しないでください。

本人確認措置	番号確認・身元(実存)確認・代理権確認
受付担当者	

別添 1 5－1

様式第 2 号 (第 4 条第 2 項関係)

国民健康保険高額療養費受領委任払承認(不承認)通知書

年 月 日

様

草津市長



年 月 日付けで申請のあった国民健康保険高額療養費受領委任払については、下記のとおり受領委任払を承認(不承認)することとなったので通知します。

記

1 委任者(申請者)

住所

氏名

被保険者記号番号

療養を受けた被保険者氏名

2 受任者(病院等)

所在地

名 称

別添 1 5－2

様式第 2 号 (第 4 条第 2 項関係)

国民健康保険高額療養費受領委任払承認(不承認)通知書

年 月 日

様

草津市長



年 月 日付けで申請のあった国民健康保険高額療養費受領委任払については、下記のとおり受領委任払を承認(不承認)することとなったので通知します。

記

1 委任者(申請者)

住所

氏名

被保険者証記号番号

療養を受けた被保険者氏名

2 受任者(病院等)

所在地

名 称

別添 1 6－1

別記

様式第 1 号 (第 5 条関係)

国民健康保険一部負担金免除等申請書

被保険者記号番号		世帯主氏名	
滋草			
申請内容	☐ 免除 ☐ 徴収猶予	期間	年 月 日から 年 月 日まで
申請理由	☐ 災害 () ☐ 死亡 ☐ 障害 ☐ その他 ()		
療養の給付を受ける者の氏名等	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
	個人番号 (マイナンバー)		
	傷 病 名		
	発病または負傷年月日	年 月 日	
	入院見込み期間	年 月 日から 年 月 日まで	
入院している医療機関			
世帯の状況	氏 名	続柄	生年月日 勤務先または学校名
上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者 住所 (世帯主) 氏名 電話 草津市長 宛			
処理欄	☐ 承認 ☐ 不承認 ☐ 却下	却下理由	

注) 被保険者が入院している事実を証明できる書類を添付すること。

※下記は記入しないでください。

本人確認措置	番号確認・身元(実存)確認・代理権確認
受付担当者	

別添 1 6－2

別記

様式第 1 号 (第 5 条関係)

国民健康保険一部負担金免除等申請書

被保険者証記号番号		世帯主氏名	
滋草			
申請内容	☐ 免除 ☐ 徴収猶予	期間	年 月 日から 年 月 日まで
申請理由	☐ 災害 () ☐ 死亡 ☐ 障害 ☐ その他 ()		
療養の給付を受ける者の氏名等	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
	個人番号 (マイナンバー)		
	傷 病 名		
	発病または負傷年月日	年 月 日	
	入院見込み期間	年 月 日から 年 月 日まで	
入院している医療機関			
世帯の状況	氏 名	続柄	生年月日 勤務先または学校名
上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者 住所 (世帯主) 氏名 電話 草津市長 宛			
処理欄	☐ 承認 ☐ 不承認 ☐ 却下	却下理由	

注) 被保険者が入院している事実を証明できる書類を添付すること。

※下記は記入しないでください。

本人確認措置	番号確認・身元(実存)確認・代理権確認
受付担当者	

別添17-1

様式第2号(第5条関係)

生活状況申告書

年 月 日

草津市長宛

申告者 住所
(世帯主) 氏 名

下記のとおり、私と被保険者の生活状況について申告します。

氏 名		勤務先等		所在地: 名 称:		
収入状況 収入月額の 内訳	収入の種類		☐ 給与収入 ☐ 事業収入 ☐ 日雇収入 ☐ 年金収入 ☐ 仕送り ☐ 不動産収入 ☐ その他			
	実収入月額		今月分	前月分	前々月分	備考
	収入額	給与収入	円	円	円	
		事業(売上)	円	円	円	
		不動産	円	円	円	
		年金	円	円	円	
			円	円	円	
	支出額	小計(ア)	円	円	円	
		雇用賃金	円	円	円	
		仕入代金・外注工賃	円	円	円	
		交通費・通信費	円	円	円	
		税金・社会保険料	円	円	円	
		不動産家賃・地代	円	円	円	
			円	円	円	
		小計(イ)	円	円	円	
差引収入額(ア)-(イ)		円	円	円		
預貯金		預貯金 円				
住居		☐ 持家 ☐ 借家・借間(借料 円/月)				
その他の資産						

注1)世帯主および収入のある被保険者全員について、個人ごとに記入してください。

注2)上記の金額を証明する書類を添付してください。(給与明細の写し等)。

注3)預貯金等の金額確認のため、預金通帳の写しを添付してください。

別添17-2

様式第2号(第5条関係)

生活状況申告書

年 月 日

草津市長宛

申告者 住所
(世帯主) 氏 名

下記のとおり、私と被保険者の生活状況について申告します。

氏 名		勤務先等		所在地: 名 称:		
収入状況 収入月額の 内訳	収入の種類		☐ 給与収入 ☐ 事業収入 ☐ 日雇収入 ☐ 年金収入 ☐ 仕送り ☐ 不動産収入 ☐ その他			
	実収入月額		今月分	前月分	前々月分	備考
	収入額	給与収入	円	円	円	
		事業(売上)	円	円	円	
		不動産	円	円	円	
		年金	円	円	円	
			円	円	円	
	支出額	小計(ア)	円	円	円	
		雇用賃金	円	円	円	
		仕入代金・外注工賃	円	円	円	
		交通費・通信費	円	円	円	
		税金・社会保険料	円	円	円	
		不動産家賃・地代	円	円	円	
			円	円	円	
		小計(イ)	円	円	円	
差引収入額(ア)-(イ)		円	円	円		
預貯金		預貯金 円				
住居		☐ 持家 ☐ 借家・借間(借料 円/月)				
その他の資産						

注1)世帯主および収入のある被保険者全員について、個人ごとに記入してください。

注2)上記の金額を証明する書類を添付してください。(給与明細の写し等)。

注3)預貯金等の金額確認のため、預金通帳の写しを添付してください。

別添18-1

様式第3号(第7条第1項関係)

国民健康保険一部負担金免除等承認・不承認決定通知書

☐ 承認		☐ 不承認	
不承認の場合はその理由:			
被保険者記号番号		—	
受給者の被給付者	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所		
保険医療機関等の名称および所在地			
☐ 免除		☐ 徴収猶予	
免除等の対象		入院に係る一部負担金	
適用期間		年 月 日 から 年 月 日まで	

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、滋賀県国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。
- 2 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、草津市を被告として(訴訟において草津市を代表する者は草津市長となります。)、提起することができます。なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
- (1) 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- (2) 処分、処分の執行または手続の履行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

上記のとおり決定しましたので通知します。

様

年 月 日

草津市長

印

別添18-2

様式第3号(第7条第1項関係)

国民健康保険一部負担金免除等承認・不承認決定通知書

☐ 承認		☐ 不承認	
不承認の場合はその理由:			
被保険者記号番号		—	
受給者の被給付者	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所		
保険医療機関等の名称および所在地			
☐ 免除		☐ 徴収猶予	
免除等の対象		入院に係る一部負担金	
適用期間		年 月 日 から 年 月 日まで	

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、滋賀県国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。
- 2 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、草津市を被告として(訴訟において草津市を代表する者は草津市長となります。)、提起することができます。なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
- (1) 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- (2) 処分、処分の執行または手続の履行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

上記のとおり決定しましたので通知します。

様

年 月 日

草津市長

印

別添19-1

様式第4号(第7条第2項関係)

国民健康保険一部負担金免除等証明書									
被保険者 記号番号		滋 草 一		世帯主 氏 名					
		住 所							
		氏 名							
療養の給付を受ける被保険者		生年月日		年 月 日		世帯主 との続柄			
保険医療機関等の 名称および所在地									
措置の 種 類	☐ 1 免除			傷 病 名					
	☐ 2 徴収猶予			発病または 負 傷 年 月 日		年 月 日			
免除等の対象		入 院 に 係 る 一 部 負 担 金							
適用期間		年 月 日から 年 月 日まで							
上記のとおり証明します。									
年 月 日 草津市長 印									
注意事項									
1 療養の給付を受ける被保険者は、 保険医療機関等から電子資格確認等により被保険者であることの確認を受けるとともに、この証明書を 保険医療機関等に提出してください。									
2 保険医療機関等は、被保険者から一部負担金を徴収しないでください。									
注)この証明書についてのお問い合わせは、草津市保険年金課〔電話：077―561―2366(直通)〕へお願いします。									

別添19-2

様式第4号(第7条第2項関係)

国民健康保険一部負担金免除等証明書									
被保険者証 記号番号		滋 草 一		世帯主 氏 名					
		住 所							
		氏 名							
療養の給付を受ける被保険者		生年月日		年 月 日		世帯主 との続柄			
保険医療機関等の 名称および所在地									
措置の 種 類	☐ 1 免除			傷 病 名					
	☐ 2 徴収猶予			発病または 負 傷 年 月 日		年 月 日			
免除等の対象		入 院 に 係 る 一 部 負 担 金							
適用期間		年 月 日から 年 月 日まで							
上記のとおり証明します。									
年 月 日 草津市長 印									
注意事項									
1 療養の給付を受ける被保険者は、 この証明書を被保険者証に添えて 保険医療機関等に提出してください。									
2 保険医療機関等は、被保険者から一部負担金を徴収しないでください。									
注)この証明書についてのお問い合わせは、草津市保険年金課〔電話：077―561―2366(直通)〕へお願いします。									

別添20-1

様式第2号(第3条第3項関係)

居所不明者調査台帳					
調査日 年 月 日					
被保険者 記号番号				世帯主氏名 (被保険者氏名)	
住 所					
世帯 状 況	氏 名	続柄	生年月日	勤務先等	備考
調査対象理由					
状 況 調 査	資格確認書の更新等の状況		年度(更新・未更新)		
	保険給付等の状況		年度 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3		
			療養・療養費・その他()		
	国民健康保険税の納付状況		年度 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3		
			滞納(あり・なし)		
	住民基本台帳の異動状況		転入・転出・転居・その他()		
			年 月 日		
	市税等の納付状況		年度 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3		
			滞納(あり・なし)		
	水道の使用状況		年度 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3		
使用(あり・なし)					
水道料金の納付状況		年度 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3			
		滞納(あり・なし)			
実 地 調 査 等	居住状況	家屋状況	表札・郵便受等の氏名()		
		自家(新居住者あり・空家・不明・その他)			
		借家(新居住者あり・空家・不明・その他) ・契約状況 解約(年 月)・契約中・契約なし ・退去状況 転居(年 月)・強制退去・不明			
		確認方法	1 家主・管理人・隣人の _____ さんから聴取 2 家屋状況等から判断 3 その他()		
その他特記事項					
不現住被保険者の 認定理由					

別添20-2

様式第2号(第3条第3項関係)

居所不明者調査台帳					
調査日 年 月 日					
被保険者 記号番号				世帯主氏名 (被保険者氏名)	
住 所					
世帯 状 況	氏 名	続柄	生年月日	勤務先等	備考
調査対象理由					
状 況 調 査	被保険者証の更新等の状況		年度(更新・未更新)		
	保険給付等の状況		年度 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3		
			療養・療養費・その他()		
	国民健康保険税の納付状況		年度 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3		
			滞納(あり・なし)		
	住民基本台帳の異動状況		転入・転出・転居・その他()		
			年 月 日		
	市税等の納付状況		年度 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3		
			滞納(あり・なし)		
	水道の使用状況		年度 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3		
使用(あり・なし)					
水道料金の納付状況		年度 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3			
		滞納(あり・なし)			
実 地 調 査 等	居住状況	家屋状況	表札・郵便受等の氏名()		
		自家(新居住者あり・空家・不明・その他)			
		借家(新居住者あり・空家・不明・その他) ・契約状況 解約(年 月)・契約中・契約なし ・退去状況 転居(年 月)・強制退去・不明			
		確認方法	1 家主・管理人・隣人の _____ さんから聴取 2 家屋状況等から判断 3 その他()		
その他特記事項					
不現住被保険者の 認定理由					

(令和6年12月2日揭示済み)