

新潟市国民健康保険条例施行規則の規定による様式を定める要綱

制定 令和4年12月27日

第1条 新潟市国民健康保険条例施行規則（昭和44年1月4日規則第1号）の規定による様式は、次の表に掲げるとおりとする。

名称	規定条項	別記様式番号
国民健康保険被保険者資格について（通知）	第10条	別記様式第1号
障害者支援施設等入所・退所届出書	第12条の2	別記様式第2号
国民健康保険療養費支給申請書	第16条第1項	別記様式第3号
療養費支給申請書（はり・きゆう用）	第16条第1項	別記様式第4号
療養費支給申請書（あんま・マッサージ用）	第16条第1項	別記様式第5号
国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書	第16条第1項	別記様式第6号
国民健康保険生活療養標準負担額差額支給申請書	第16条第1項	別記様式第7号
国民健康保険移送費支給申請書	第16条第1項	別記様式第8号
国民健康保険一部負担金差額申請書	第16条第2項	別記様式第9号
国民健康保険出産育児一時金支給申請書	第18条第1項	別記様式第10号
国民健康保険葬祭費支給申請書	第18条の2第1項	別記様式第11号
国民健康保険高額療養費支給申請書	第19条第1項	別記様式第12号
高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書 交付申請書	第19条の2第1項	別記様式第13号
一部負担金減額（免除）（徴収猶予）申請書	第21条第1項	別記様式第14号
一部負担金（免除）（徴収猶予）（不承認）通知書	第21条第2項	別記様式第15号
国民健康保険料納入通知書兼決定通知書	第22条第1項	別記様式第16号
国民健康保険料納入通知書兼更正通知書	第22条第1項	別記様式第17号
国民健康保険料特別徴収仮徴収のお知らせ	第22条第2項	別記様式第18号
納入通知書	第23条の2	別記様式第19号
納入通知書	第23条の2	別記様式第20号
納入通知書	第23条の2	別記様式第21号
国民健康保険料督促状兼領収証書	第25条	別記様式第22号
還付（充当）通知書	第26条	別記様式第23号
過誤納金還付（充当）通知書	第26条	別記様式第24号
充当通知書	第26条	別記様式第25号
国民健康保険料延滞金減免申請書兼調査決議書	第27条第1項	別記様式第26号
延滞金減免許可（不許可）通知書	第27条第2項	別記様式第27号
国民健康保険料減免申請書	第28条第1項	別記様式第28号
国民健康保険料減免承認・不承認通知書	第28条第2項	別記様式第29号

徴収猶予申請書	第29条第1項	別記様式第30号
徴収猶予通知書	第29条第2項	別記様式第31号
徴収猶予不許可通知書	第29条第2項	別記様式第32号
徴収猶予取消通知書	第30条第2項	別記様式第33号
国民健康保険特例対象被保険者等に係る届出書	第31条	別記様式第34号
新潟市国民健康保険料等徴収職員証	第32条	別記様式第35号

附則

この様式は、令和5年1月4日から施行する。

別記様式第3号（第16条第1項関係）

国民健康保険療養費支給申請書						
下記のとおり申請します。 (宛先) 新潟市長			年 月 日			
申請者（世帯主）						
郵便番号		<input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>				
住所 新潟市 _____						
氏名 _____				電話番号 _____		
個人番号 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>						
療養を受けた被保険者						
被保険者 記号・番号		新潟 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> (枝番)				
氏名 _____						
生年月日		年 月 日		入院・外来の区分		入院 ・ 外来
個人番号		<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		発病・傷病の原因		事故 ・ その他
支払区分	口座振替金融機関		預金種別	口座番号	口座名義	
1 口座振替 2 その他 (現金受領の場合は、押印が必要です。)	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農協		本店 支店 出張所	1 普通 2 当座 3 貯蓄 4 別段	(フリガナ) ----- 氏名	
委任状						
支給される金額の受領を下記の者に委任します。						
			年 月 日			
郵便番号		<input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>				
受任者 住所 _____						
氏名 _____ 電話番号 _____						
委任者（世帯主） _____ 印 _____						
処理欄（以下は、記入しないでください。）						
発病 (負傷) 年月日	年 月 日	療養 期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所、薬局等の名称及び所在地		
			診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師の氏名			
傷病名		療養 内容	療養に要 した費用	円	保険者の 決定した 費用	円
発病の 原因		傷病の 経過	療養の給付を受けられなかった理由			
一般	支給決定金額		受付者	受付区	管轄区	高齢受給者
退 本人	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> 千 <input style="width: 20px;" type="text"/> 円				負担割合
職 扶養	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>				

別記様式第4号（第16条第1項関係）

療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゆう用）

被 保 険 者 欄	○被保険者記号・番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名		
	(枝番)		年 月 日				
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過			
		男・女		○業務上・外、第三者行為の有無			
年 月 日生		1業務上 2第三者行為である 3その他					
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間		実日数	請求区分	
	() 年 月 日		年 月 日～ 年 月 日		日	新規・継続	
	傷病名		1 神経痛 2 リウマチ 3 頸腕症候群 4 五十肩		転帰		
			5 腰痛症 6 頸椎捻挫後遺症 7 その他 ()		継続・治癒・中止・転医		
	初検料				円	摘 要	
	1 はり 2 きゆう 3 はりきゆう併用						
	施 術 料	はり		円×	回=		円
		きゆう		円×	回=		円
		はり・きゆう併用		円×	回=		円
		電療料		円×	回=		円
	1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具						
	往療料 4 km まで		円×	回=	円		
往療料 4 km 超		円×	回=	円			
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円×	回=	円			
費用額計				円			
施術日 通院○ 往療◎	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		保健所登録区分		1 施術所所在地 2 出張専門施術者住所地		
	年 月 日		住所				
申 請 欄	免許登録番号 _____ はり師		氏名 _____ 電話番号 _____				
	免許登録番号 _____ きゆう師		住所 _____ 郵便番号 _____				
支 払 機 関 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。		申請者 住所 _____ 電話番号 _____				
	(宛先) 新潟市長		(被保険者) 住所 _____ 電話番号 _____				
同 意 記 録	支払区分		預金の種類		金融機関名		
	1 振込 2 銀行送金 3 郵便局送金 4 当地払		1 普通 2 当座 3 通知 4 別段		銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所 郵便局		
同意医師の氏名		住所		同意年月日		傷病名	
				年 月 日		要加療期間	

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日

申請者 住所 _____
 (被保険者) 氏名 _____
 住所 _____
 代理人 氏名 _____

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

別記様式第5号（第16条第1項関係）

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）										
被保険者欄	○被保険者記号・番号			○発病又は負傷年月日			○傷病名			
	(枝番)			年 月 日						
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)		男・女	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過				
						○業務上・外、第三者行為の有無 1 業務上 2 第三者行為である 3 その他				
施術内容欄	初療年月日	施術期間				実日数	請求区分			
	() 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日				日	新規・継続			
	傷病名又は症状					転帰 継続・治療・中止・転医				
	マッサージ	軀幹	円×	回＝	円	摘要				
		右上肢	円×	回＝	円					
		左上肢	円×	回＝	円					
		右下肢	円×	回＝	円					
		左下肢	円×	回＝	円					
	温巻法（加算）		円×	回＝	円					
	温巻法・電気光線器具（加算）		円×	回＝	円					
変形徒手矯正術（加算） ※温巻法との併施は不可	右上肢	円×	回＝	円						
	左上肢	円×	回＝	円						
	右下肢	円×	回＝	円						
	左下肢	円×	回＝	円						
往療料4kmまで		円×	回＝	円						
往療料4km超		円×	回＝	円						
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)		円×	回＝	円						
合計				円						
施術日 通院○ 往療◎	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31								
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領取しました。				保健所登録区分	1 施術所所在地 2 出張専門施術者住所地				
	年 月 日				住所					
申請欄	免許登録番号				あん摩マッサージ指圧師 氏名					
					電話番号					
支払機関欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。				郵便番号					
	年 月 日				(宛先) 新潟市長					
同意記録	申請者 住所 (被保険者) 氏名				電話番号					
支払機関欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		銀行 本店			
	1 振込	2 銀行送金	1 普通	2 当座			金庫 支店			
同意記録	3 郵便局送金		3 通知		4 別段		農協 出張所			
	口座番号		口座番号				郵便局			
同意記録	同意医師の氏名		住所		同意年月日		傷病名		要加療期間	
					年 月 日					
<p>本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 (被保険者) 氏名</p> <p style="text-align: center;">住所 代理人 氏名</p>										
<p>※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。</p>										

別記様式第6号（第16条第1項関係）

国民健康保険食事療養標準負担額減額差額支給申請書						
下記のとおり申請します。 年 月 日 (宛先) 新潟市長						
申請者（世帯主） 郵便番号 <input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/> 住所 新潟市 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____ 個人番号 <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>						
減額対象被保険者 新潟 <input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/> (枝番) <input style="width: 40px;" type="text"/> 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 個人番号 <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>						
支払区分	口座振替金融機関	預金種別	口座番号	口座名義		
1 口座振替 2 その他 <small>(現金受領の場合は、 押印が必要です。)</small>	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農協	本店 支店 出張所 4 別段	1 普通 2 当座 3 貯蓄	(フリガナ) 氏名		
委任状 支給される金額の受領を下記の者に委任します。 年 月 日 郵便番号 <input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/> 受任者 住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____ 委任者（世帯主） _____ 印						
処理欄（以下は、記入しないでください。）						
減額認定証の発行年月日等	発行年月日	年 月 日				
	長期該当年月日	年 月 日				
食事療養を受けた医療機関等	名称	入院期間	年 月 日から			
	所在地		年 月 日まで 食			
入院期間に受けた食事療養に対して支払った額	被保険者負担額	210円 ×	食			
		160円 ×	食			
		100円 ×	食 計 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						
一般	支給決定金額	受付者	受付区	管轄区	年度	適用区分
退職 本人 扶養	千 円					

別記様式第7号（第16条第1項関係）

国民健康保険生活療養標準負担額差額支給申請書						
下記のとおり申請します。 年 月 日 (宛先) 新潟市長 申請者（世帯主） 郵便番号 <input type="text"/> - <input type="text"/> 住所 新潟市 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____ 個人番号 <input type="text"/>						
減額対象被保険者 被保険者記号・番号 新潟 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (枝番) <input type="text"/> 氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 個人番号 <input type="text"/>						
支払区分	口座振替金融機関	預金種別	口座番号	口座名義		
1 口座振替 2 その他 <small>(現金受領の場合は、 押印が必要です。)</small>	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農協	1 普通 2 当座 3 貯蓄 4 別段		(フリガナ) 氏名 _____		
委任状 支給される金額の受領を下記の者に委任します。 年 月 日 郵便番号 <input type="text"/> - <input type="text"/> 受任者 住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____ 委任者（世帯主） _____ 印						
処理欄（以下は、記入しないでください。）						
減額認定証の発行年月日等		発行年月日	年 月 日			
		長期該当年月日	年 月 日			
生活療養を受けた医療機関等	名称		入院期間	年 月 日から		
	所在地			年 月 日まで 食		
入院期間に受けた生活療養に対して支払った額	円	被保険者負担額	210円 ×	食	210円 ×	食
			160円 ×	食	130円 ×	食
			100円 ×	食	計	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						
一般	支給決定金額	受付者	受付区	管轄区	年度	適用区分
退職	本人					
	扶養					

別記様式第8号（第16条第1項関係）

国民健康保険移送費支給申請書						
下記のとおり申請します。 (宛先) 新潟市長			年 月 日			
申請者（世帯主）						
郵便番号		<input type="text"/> - <input type="text"/>				
住所 新潟市 _____						
氏名				電話番号		
個人番号 <input type="text"/>						
移送を受けた被保険者 <input type="text"/> 新潟 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (枝番) <input type="text"/>						
氏名 _____						
生年月日 _____ 年 月 日						
個人番号 <input type="text"/>						
支払区分	口座振替金融機関		預金種別	口座番号	口座名義	
1 口座振替 2 その他 <small>(現金受領の場合は、 押印が必要です。)</small>	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農協	本店 支店 出張所	1 普通 2 当座 3 貯蓄 4 別段		(フリガナ) ----- 氏 名	
委任状 支給される金額の受領を下記の者に委任します。						
			年 月 日			
郵便番号		<input type="text"/> - <input type="text"/>				
受任者 住所 _____						
氏名				電話番号		
委任者（世帯主） _____ 印						
処理欄（以下は、記入しないでください。）						
発病（負傷）年月日	年 月 日	移送経路		付添人（医師等）の住所及び氏名		
傷病名		移送方法		住所		
移送年月日	年 月 日	移送に要した費用		氏名		
円						
一般	支給決定金額		受付者	受付区	管轄区	記事欄
退職	本人	千	円			
	扶養					
添付書類 （1）移送に関する医師又は歯科医師の意見書 （2）移送に要した費用の額を記する書類						

別記様式第9号（第16条第2項関係）

支 通 払 知 済 書	課 名	頁 数	整理番号	支 払 年 月 日	支 払 金 額			
	国 保			年 月 日	百	千		円

受付番号			整理番号			
支 給 決 定 兼 支 出 命 令 書	年 月 日	支 出 科 目		審 査		
	課 長	補 佐	会計別	国民健康保険事業会計	会計管理者	補 佐
	係 長	係	款	保 険 給 付 費	係 長	係
			項	療 養 諸 費		
			目	療 養 給 付 費		
		節	負担金補助及び交付金			

国民健康保険 一部負担金差額支出調書

支 給 決 定 金 額	百	千	円
-------------	---	---	---

取扱事項
明細書と
の照合印

国民健康保険 一部負担金差額申請書

記号番号		療養を受けた 被保険者氏名		世帯主と の 続 柄	
傷 病 名		初 診 年 月 日	年 月 日	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
診療薬剤の支給又は手当 を受けた病院、診療所、 薬局、その他の者の名称 及び所在地				診療又は調剤 に従事した医師、 歯科医師 又は薬剤師の 氏名	
療 養 給 付 の 費 用 の 額 (ア)		円	左 額	円	
療養取扱機関に支払った一部負担金の額(イ)		円	の 保 険 者 決 定	円	
条例により算定した一部負担金の額(ウ)		円		円	
差引支給申請額(イ)-(ウ) (エ)		円		円	

支 払 区 分	上記のとおり一部負担金の差額を申請いたします。 年 月 日 (あて先)新潟市長
現金 小切手 口座振替 (希望区分を○でかこむ)	
口座振替申込書 (銀行振替希望の場合記入のこと)	世帯主 住所 新潟市 氏名

振替 銀行	銀行	支店	上記の支給決定金額を領収いたしました。 (あて先)新潟市会計管理者 年 月 日 氏名 _____ (印)
預金 種別	当座 普通	請求 番号	指定金融機関支払印
取 引 名 義		支払番号札	口数
			窓口支払通知金額 百 千 円

注 (1) 請求の際は太線内のみ記入してください。
(2) 口座振替申込書の請求番号は口座振替払した場合に通知するので必ず記載すること。

別記様式第10号（第18条第1項関係）

国民健康保険出産育児一時金支給申請書						
下記のとおり申請します。 年 月 日						
(宛先)新潟市長						
申請者(世帯主)						
〒 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>						
住所 新潟市						
氏名 _____ 電話番号 _____						
分娩者氏名 _____						被保険者証の記号・番号 新潟 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
分娩年月日 _____ 年 月 日						分娩の種類 生産 _____ 死産・流産(妊娠 週) _____
フリガナ _____ 男						分娩医療機関 _____
出生児氏名 _____ 女						分娩6か月前の保険 _____ 国保 ・ 社保本人 ・ 社保扶養 ・ その他 _____
世帯主との続柄 _____						出生時の国保加入 _____ 必要 ・ 不要 _____ 備考 _____
支払区分		口座振替金融機関		預金種別		口座番号
1 口座振替 2 その他 (現金受領の場合は、押印が必要です。)		銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合 出張所 労働金庫 農協		1 普通 2 当座 3 貯蓄 4 別段		(フリガナ)
						氏 名
委任状						
支給される出産育児一時金の受領を下記の者に委任します。 年 月 日						
〒 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>						
受任者 住所 _____						
氏名 _____ 電話番号 _____						
委任者(世帯主) _____ 印 _____						
処理欄(以下は、記入しないでください。)						
受 付 番 号	支 給 決 定 金 額			照 合	受 付 者	受 付 場 所
	千	円				管 轄 区
						記 事 欄

別記様式第11号 (第18条の2第1項関係)

国民健康保険葬祭費支給申請書										
下記のとおり申請します。 年 月 日										
(宛先)新潟市長										
申請者(葬儀執行者)										
〒 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>										
住所										
新潟市										
氏名						電話番号				
死亡者との続柄										
死亡者		死亡者の被保険者証の記号・番号 新潟 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> -- <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> -- <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>								
氏名										
生年月日		年 月 日								
死亡年月日		年 月 日								
死亡の原因		事故 / その他								
支払区分	口座振替金融機関		預金種別	口座番号	口座名義					
1 口座振替 2 その他 (現金受領の場合は、押印が必要です。)	銀行	本店	1 普通		(フリガナ)					
	信用金庫	支店	2 当座		氏 名					
	信用組合	出張所	3 貯蓄							
	労働金庫		4 別段							
	農協									
委任状										
支給される葬祭費の受領を下記の者に委任します。 年 月 日										
〒 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>										
受任者										
住所										
氏名						電話番号				
委任者(申請者(葬儀執行者))						印				
処理欄(以下は、記入しないでください。)										
受付番号	支給決定金額					照合	受付者	受付場所	管轄区	記事欄
			千		円					

別記様式第12号（第19条第1項関係）

（表）

国民健康保険高額療養費支給申請書（ 年 月 診療分）					
下記のとおり申請します。 年 月 日 （宛先）新潟市長					
申請者（世帯主） 郵便番号 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 住所 新潟市 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____ 枝番 <input style="width: 20px;" type="text"/> 個人番号 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>					
療養を受けた被保険者 被保険者証の記号・番号 新潟 <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 氏名 _____ 年 月 日 枝番 <input style="width: 20px;" type="text"/> 個人番号 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 氏名 _____ 年 月 日 枝番 <input style="width: 20px;" type="text"/> 個人番号 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 氏名 _____ 年 月 日 枝番 <input style="width: 20px;" type="text"/> 個人番号 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>					
支払区分	口座振替金融機関	預金種別	口座番号	口座名義	
1 口座振替 2 その他 （現金受領の場合、押印が必要です。）	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農協	本店 支店 出張所	1 普通 2 当座 3 貯蓄 4 別段	(フリガナ) 氏 名	
委任状 支給される金額の受領を下記の者に委任します。 年 月 日 郵便番号 <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 受任者 住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____ 委任者（世帯主） _____ 印 _____					
処理欄（以下は、記入しないでください。）					
傷病名					
診療を受けた病院、診療所、薬局等の名称及び所在地		名称 _____ 所在地 _____			
上記の病院等で療養を受けた期間及び支払った額		入院・外来 年 月 日から 日間 円 日まで			
一般	支給決定金額		記事欄		
退職	本人	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
	扶養	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>
多数	公費	70歳未満 適用区分 ()		受付者	受付区
合算	()	70歳～74歳 適用区分 ()			管轄区
					備考

別記様式第13号 (第19条の2第1項関係) (表)

高額介護合算療養費等支給申請書(自己負担額)の届出申請書																						
申請対象年度		年度		申請区分			1 新規			2 変更			3 取り下げ									
										(保険者等記入欄)		支給申請書納付番号										
フリガナ		氏名		生年月日			性別			計算期間の始期及び終期			年 月 日から 年 月 日まで									
保険者番号		被保険者証記号		被保険者証番号			住所			国民健康保険資格情報			加入期間									
										性別 1 世帯主 2 世帯準主 3 世帯員 後期高齢者医療資格情報			加入期間 年 月 日から 年 月 日まで									
保険者番号		被保険者番号			地域連合名称			加入期間			年 月 日から 年 月 日まで											
医療保険(被用者保険)資格情報																						
保険者番号		被保険者証記号			被保険者証番号			保険者所在地			保険者名称			加入期間								
											1 被保険者 2 被扶養者			加入期間 年 月 日から 年 月 日まで								
介護保険資格情報																						
保険者番号		被保険者番号			保険者名称			加入期間			年 月 日から 年 月 日まで											
支払区分		口座管理番号		銀行口座			金融機関コード			本店			店番		種目		口座番号		フリガナ		振込先口座管理番号	
1 口座振替				銀行口座			金融機関コード			本店			店番		種目		口座番号		フリガナ		振込先口座管理番号	
2 その他				銀行口座			金融機関コード			本店			店番		種目		口座番号		フリガナ		振込先口座管理番号	
															1 普通預金 2 当座預金 9 その他				口座名称			
保険者加入歴		保険者名称			加入開始			添付の自己負担額証明書整理番号			備考欄			個人番号								
1					年 月 日から 年 月 日まで																	
2					年 月 日から 年 月 日まで																	
3					年 月 日から 年 月 日まで																	
(宛先) 新潟市長														申請代表者(世帯主) 郵便番号		支給される高額介護合算療養費の受領を下記の者に委任します。						
上記対象者について、高額介護合算療養費(高額医療合算療養費(自費))の支給を申請します。 上記対象者について、自己負担額超過の交付を申請します。 ※該当する「」に印を記入してください。														住所		委任者 郵便番号						
														氏名		住所						
														電話番号		氏名						
														個人番号		委任者(世帯主) 氏名 印						
														印								
														印								

(裏)

注意事項

- 高額介護合算療養費等支給申請について
 - 医療保険の自己負担額と介護保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合は、その超えた額が高額介護合算療養費(高額医療合算負担(自給)サービス費)として支給されます。
 - 資格情報変更欄については、申請対象年度末日(即ち前年の12月31日)に加入する医療保険(介護保険)の資格情報を記入してください。
 - 国民健康保険資格情報の続行欄の「2 世帯主等」とは、世帯員が国民健康保険の被保険者であるが、世帯主が国民健康保険の加入者でない場合をいいます。
 - 計算期間の始期と終期の間に加入する医療保険(介護保険)に変更があった場合は、保険者加入歴欄に以前加入していた医療保険(介護保険)の保険者名称(地域連合名称)及び加入期間を記入し、また、同保険者(地域連合)加入時の自己負担額証明書を添付する場合は、両証明書の整理番号を記入してください。添付する両証明書がない場合は、「該当なし」と記入してください。
なお、申請対象年度末日に加入している医療保険(介護保険)については、保険者加入歴欄への記入は、不要です。
 - 複数名の支払額の同一口座への振込を希望する場合は、該当者の口座振替金融機関(金融機関名称から口座名義まで)には記入せず、振込先口座管理番号欄に希望振込先口座の口座管理番号を記入してください。
例 口座管理番号2の被保険者への支払額を口座管理番号1の被保険者の口座へ振り込みたい場合は、口座管理番号2の被保険者の口座振替金融機関には記入せず、振込先口座管理番号欄に1を記入する。
 - 備考欄には、以下の内容を記入してください。
 - 国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者の居宅
 - ・国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者の居宅
 - 健康保険組合等被用者保険の被保険者で介護保険の被保険者の場合
 - ・健康保険組合等被用者保険の名称、所在地及び同保険者における計算期間内の受診歴
 - 軍中、海外移住、年済保護運用等により計算期間の途中に被保険者資格を喪失した者(介護保険適用除外施設入所又は他保険者への移行による資格喪失者を除く。)
 - ・被保険者資格を喪失した年月日及び事由
 - 国民健康保険における高額介護合算療養費は、世帯主及び世帯員の支給合計額が世帯主(世帯準世帯主)の口座に振り込まれます。
 - 対象者が2人以上の場合等申請書が複数枚に渡るときは、右の欄目に全体の枚数及び何枚目を記入してください。
 - 介護保険被保険者証が交付されていない介護保険被保険者については、介護保険資格情報の記入は、不要です。
 - 介護保険で給付制限を受けており、自己負担割合となっている方については、その給付制限期間中は、自己負担額が0円として計算されることとなり、高額医療合算負担(自給)サービス費の支給がされない場合があります。
- 自己負担額証明書交付申請について
 - 自己負担額証明書の交付を申請する場合は、必ず同じ市町村の保険者番号を記入してください(2以上の市町村の保険者番号を記入しないでください)。
 - 各医療保険(介護保険)資格情報ごとに、複数の保険者の自己負担額証明書が必要な場合は、それぞれの保険者へ申請する必要があります。

別記様式第14号 (第21条第1項関係)

一部負担金減額(免除)(徴収猶予)申請書										
記号番号			療養の給付を受ける者の氏名		年 月 日生	世帯主との続柄				
傷病名			発病又は負傷年月日			年 月 日				
総所要見込医療費額	1か月	円	治療見込期間	発病負傷の日から			日 月 間			
	2か月	円								
	3か月	円	治療を受けている医療機関	住所						
	4か月	円								
	5か月	円		医療機関名						
	合計	円								
世帯員の状況	氏名	続柄	年齢	国保資格	職業又は学年	月収金額				
		世帯主		有 無						
				有 無						
				有 無						
				有 無						
				有 無						
申請項目日	減免徴収猶予	額除	割合 割合	理由						
			期間 か月							
(宛先)新潟市長						年 月 日				
						世帯主 住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____				
決裁	部長	課長	補佐	係長	係					
※決定の内容	減免徴収猶予不承認	額除予認	理由							
	割合 割合	期間 か月								
備考 1 減免等の理由を証明する書類を添付してください。 2 ※欄については記入しないでください。										

別記様式第15号（第21条第2項関係）

一部負担金（免除）（徴収猶予）（不承認）通知書			
年 月 日			
様			
新潟市長 印			
整理番号		記号番号	
療養の給付を受ける者	氏名	住所	
	年 月 日生	世帯主氏名	
承認	減額 免除 徴収猶予	割合 期間	割 か月
	備考		
不承認	理由		

注 減免等の決定を受けた場合は、この通知書を保険医療機関に提出してください。

備考 行政不服審査法及び行政事件訴訟法に基づく教示を記載すること。

別記様式第16号（その1）（第22条第1項関係）

通知書番号	
-------	--

お問い合わせは最寄りの区役所へご連絡ください。
連絡先は封筒表面をご覧ください。

国民健康保険料 納入通知書 兼 決定通知書

現在把握している情報で作成されております。
世帯主本人が国民健康保険に加入していなくても、同じ世帯に国民健康保険の加入者がいる場合は、世帯主に保険料の納付義務が発生します。他の健康保険に加入された場合は各区役所・出張所に届け出てください。

通知書番号			
世帯主名			

賦課額変更の理由			

異動対象者	異動日	異動届出口	異動内容

納期ごとの保険料額	
納付方法	

【普通徴収】（納付書、口座引き落とし）

納 期 限				差引必要納付額（D）
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
年 月 日	円	円	円	円
合計	円	円	円	円

【特別徴収】（年金からの天引き）

特別徴収義務者	
特別徴収対象年金	

年度途中に保険料額に変更があった場合、特別徴収が中止となります。

月別		
4月	円	円
6月	円	円
8月	円	円
10月	円	円
12月	円	円
2月	円	円

別記様式第16号（その2）（第22条第1項関係）

通知書番号				
世帯主名				

個人別内訳 (単位：円)

氏名	所得割算定基礎額	資格状況	10月12日 1 2 3月数		医療分個人あん分額	後期支援分個人あん分額
			1	2	介護分個人あん分額	(計) 個人あん分合計額
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

10人を超えた場合表がしておりません。個別に振り分けられない端数の調整につきましては、一番上の被保険者に加算していただきますのでご了承ください。

	医療分	後期支援分	介護分
所得割算定基礎額 (前年中の総所得金額等から基礎控除額を差引きた額)	×	%	×
均等割額 (被保険者1人につき)		円	円
平等割額 (1世帯につき)		円	円
限度額 (1世帯)		円	円

算定内訳 (単位：円)

	医療分				支援分				介護分				合計			
	医療分	支援分	介護分	合計	医療分	支援分	介護分	合計	医療分	支援分	介護分	合計	医療分	支援分	介護分	合計
総所得金額等																
所得割算定基礎額																
均等割額																
平等割額																
控除額																
軽減額																
限度超過額																
月割減額																
平等割月割額																
加入月数																
月割賦課額																
産前産後料額																

別記様式第17号（その2）（第22条第1項関係）

通知書番号	
世帯主名	

個人別内訳

1 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 月数 (単位:円)

氏名	所得割算定基礎額	資格状況	医療分個人あん分類	後期支援分個人あん分類
			上段:医療・支援 下段:介護	介護分個人あん分類 (計)個人あん分合計額
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

10人をこえた場合は表示しておりません。個別に振り分けられない増数の調整につきましては、一番上の被保険者に加算していただきますのでご了承ください。

	医療分	後期支援分	介護分
所得割算定基礎額 (前年中の総所得金額等から基礎控除額を差引きました額)	× %	× %	× %
均等割額 (被保険者1人につき)	円	円	円
平等割額 (1世帯につき)	円	円	円
限度額 (1世帯)	円	円	円

算定内訳

(単位:円)

	医療分	支援分	介護分	合計	医療分	支援分	介護分	合計
	総所得金額等							
所得割算定基礎額								
所得割均等割額								
平等割額								
寡少額合計								
軽減額合計								
子ども軽減額								
限度超過額								
月割減額								
平等割月額								
加入月数								
月割賦課額								
標準保険料額								

別記様式第18号（第22条第2項関係）

通知書番号	

お問い合わせは最寄りの区役所へご連絡ください。
連絡先は封筒表面をご覧ください。

年度 国民健康保険料 特別徴収仮徴収のお知らせ

通知書番号	
氏名	

▼4月から8月の年金より天引きされる額

特別徴収仮徴収額	円	円
----------	---	---

徴収方法	
天引き対象年金	
特別徴収義務者	
年金額	円

▼月別天引き額

	円	円
4月分	円	円
6月分	円	円
8月分	円	円

前年度2月の年金より天引きされた額	円
-------------------	---

別記様式第21号 (第23条の2関係)

<div style="text-align: right;">20</div> <p>再 新潟市 国民健康保険料 領取証書</p> <p style="text-align: right;">様</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 10px 0;"></div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>収入年度</th> <th>国保番号</th> <th>納付年度</th> <th>納付年度</th> </tr> <tr> <td>種別</td> <td>保険料</td> <td>延滞金</td> <td>納付年度</td> </tr> <tr> <td>小計</td> <td colspan="2">合計額</td> <td></td> </tr> </table> <p>上記のとおり領取いたします。</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 10px 0;"></div> <p>新潟市指定金融機関 新潟市指定金融機関 新潟市指定納付金受取機関(ゆうちょ銀行) 新潟市納付 新潟市交付納付</p> <p style="text-align: right;">再 新潟市</p>	収入年度	国保番号	納付年度	納付年度	種別	保険料	延滞金	納付年度	小計	合計額			<div style="text-align: right;">A 2 20</div> <p>再 新潟市 国民健康保険料 領取済 通知書</p> <p style="text-align: right;">様</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 10px 0;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 10px 0;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 10px 0;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 10px 0;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 10px 0;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 10px 0;"></div> <p style="text-align: center;">この納付済通知書は至極機密で送付しますので汚したり折り曲げないでください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>収入年度</th> <th>国保番号</th> <th>納付年度</th> <th>納付年度</th> </tr> <tr> <td>種別</td> <td>保険料</td> <td>延滞金</td> <td>納付年度</td> </tr> <tr> <td>小計</td> <td colspan="2">合計額</td> <td></td> </tr> </table> <p>上記のとおり領取し済みであることを通知します。</p> <p>(知覚) 新潟市会計管理者</p> <p>新潟市指定金融機関 新潟市指定納付金受取機関 新潟市指定納付金受取機関(ゆうちょ銀行) 新潟市納付 新潟市交付納付</p> <p style="text-align: right;">再 新潟市</p>	収入年度	国保番号	納付年度	納付年度	種別	保険料	延滞金	納付年度	小計	合計額			<div style="text-align: right;">20</div> <p>再 新潟市 国民健康保険料 納付書</p> <p style="text-align: right;">様</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>収入年度</th> <th>国保番号</th> <th>納付年度</th> <th>納付年度</th> </tr> <tr> <td>種別</td> <td>保険料</td> <td>延滞金</td> <td>納付年度</td> </tr> <tr> <td>小計</td> <td colspan="2">合計額</td> <td></td> </tr> </table> <p>上記のとおり納付します。</p> <p>納付場所</p> <ol style="list-style-type: none"> 新潟市指定金融機関 新潟市指定納付金受取機関 新潟市指定納付金受取機関(ゆうちょ銀行) 新潟市指定納付、指定納付、指定納付 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 10px 0;"></div> <p style="text-align: right;">再 新潟市</p>	収入年度	国保番号	納付年度	納付年度	種別	保険料	延滞金	納付年度	小計	合計額		
収入年度	国保番号	納付年度	納付年度																																			
種別	保険料	延滞金	納付年度																																			
小計	合計額																																					
収入年度	国保番号	納付年度	納付年度																																			
種別	保険料	延滞金	納付年度																																			
小計	合計額																																					
収入年度	国保番号	納付年度	納付年度																																			
種別	保険料	延滞金	納付年度																																			
小計	合計額																																					

別記様式第22号 (第25条関係)

<p>国民健康保険料 領取済通知書</p> <p>平成の金額が未納金にありまので、この旨をお知らせし、早急、新潟市各区分長・市販 店・通知所、または新潟市指定金融機関等に未納の納付額までお納付してください。 (本表は定額納付書の納付書と兼用して納付しないようご注意ください)</p> <p>年 月 日 27</p> <p>新潟市長 印</p> <p>納付義務者氏名</p> <p>国保番号</p> <p>保険料 円</p> <p>延滞金 円</p> <p>合計 円</p> <p>納取日</p> <p>納取印</p> <p>納取日 年 月 日</p> <p>納取金額 円</p> <p>合計 円</p> <p>この領取済通知書は至極機密で送付しますので汚したり折り曲げないでください。</p> <p style="text-align: right;">再 新潟市</p>	<p>新潟市 納付済通知書</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>新潟市長 印</p> <p>納付義務者氏名</p> <p>国保番号</p> <p>保険料 円</p> <p>延滞金 円</p> <p>合計 円</p> <p>納取日</p> <p>納取印</p> <p>納取日 年 月 日</p> <p>納取金額 円</p> <p>合計 円</p> <p>この領取済通知書は至極機密で送付しますので汚したり折り曲げないでください。</p> <p style="text-align: right;">再 新潟市</p>	<p>新潟市 納付済通知書</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>新潟市長 印</p> <p>納付義務者氏名</p> <p>国保番号</p> <p>保険料 円</p> <p>延滞金 円</p> <p>合計 円</p> <p>納取日</p> <p>納取印</p> <p>納取日 年 月 日</p> <p>納取金額 円</p> <p>合計 円</p> <p>この領取済通知書は至極機密で送付しますので汚したり折り曲げないでください。</p> <p style="text-align: right;">再 新潟市</p>
--	--	--

年 月 日

還付（充当）通知書

国民健康保険料が納め過ぎとなりましたので、以下のとおりお返しします。

様

新潟市長

印

還付充当番号	税目（料）	調定年度・賦課年度・通知書番号	還付充当理由

過誤納の金額	円	+	還付加算金	円	-	充当した額	円	=	還付金額 (支払金額)	円
--------	---	---	-------	---	---	-------	---	---	----------------	---

<過誤納の金額の内訳>

※単位はすべて円です。

期別	本税（料）			延滞金		
	納めた金額	納めるべき金額	過誤納の金額	納めた金額	納めるべき金額	過誤納の金額

<充当した金額の内訳>

※単位はすべて円です。

税目（料）	調定年度・賦課年度・通知書番号	期別	充当した金額		充当後の金額	
			本税（料）	延滞金	本税（料）	延滞金

備考 行政不服審査法及び行政事件訴訟法に基づく教示を記載すること。

別記様式第24号 (第26条関係)

過誤納金還付(充当)通知書				年 月 日																																									
国民健康保険料が納めすぎとなりましたので、以下のとおりお返しします。																																													
新潟市長				印																																									
還付充当番号	税目(料)	調定年度・賦課年度・通知書番号	還付充当理由																																										
	国民健康保険料																																												
過誤納の金額 円	+	還付加算金 円	-	充当した額 円																																									
				=																																									
		認印	還付金額(支払金額) 円																																										
			円																																										
出納済印																																													
<p><過誤納の金額の内訳> ※単位はすべて円です。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">期別</th> <th colspan="3">本税(料)</th> <th colspan="3">延滞金</th> </tr> <tr> <th>納めた金額</th> <th>納めるべき金額</th> <th>過誤納の金額</th> <th>納めた金額</th> <th>納めるべき金額</th> <th>過誤納の金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>					期別	本税(料)			延滞金			納めた金額	納めるべき金額	過誤納の金額	納めた金額	納めるべき金額	過誤納の金額																												
期別	本税(料)			延滞金																																									
	納めた金額	納めるべき金額	過誤納の金額	納めた金額	納めるべき金額	過誤納の金額																																							
<p><充当した金額の内訳> ※単位はすべて円です。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">税目(料)</th> <th rowspan="2">調定年度・賦課年度・通知書番号</th> <th rowspan="2">期別</th> <th colspan="2">充当した金額</th> <th colspan="2">充当後の不足額</th> </tr> <tr> <th>本税(料)</th> <th>延滞金</th> <th>本税(料)</th> <th>延滞金</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>					税目(料)	調定年度・賦課年度・通知書番号	期別	充当した金額		充当後の不足額		本税(料)	延滞金	本税(料)	延滞金																														
税目(料)	調定年度・賦課年度・通知書番号	期別	充当した金額					充当後の不足額																																					
			本税(料)	延滞金	本税(料)	延滞金																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">指定金融機関支払印</td> </tr> <tr> <td style="height: 50px;"> </td> </tr> </table>	指定金融機関支払印		<p>上記の還付金(支払金額)を受領しました。</p> <p>(宛先) 新潟市会計管理者</p> <p>受取人</p> <p>氏名</p>																																										
指定金融機関支払印																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">本人確認書類確認欄</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"> </td> </tr> </table>	本人確認書類確認欄		<p>年 月 日</p>																																										
本人確認書類確認欄																																													

備考 行政不服審査法及び行政事件訴訟法に基づく教示を記載すること。

年 月 日

充当通知書

未納の国民健康保険料に充当しました。

様

新潟市長

印

還付充当番号	税目（料）	調定年度・賦課年度・通知書番号	還付充当理由

過誤納の金額	円	+	還付加算金	円	-	充当した額	円	=	還付金額 (支払金額)	円
--------	---	---	-------	---	---	-------	---	---	----------------	---

<過誤納の金額の内訳>

※単位はすべて円です。

期別	本税（料）			延滞金		
	納めた金額	納めるべき金額	過誤納の金額	納めた金額	納めるべき金額	過誤納の金額

<充当した金額の内訳>

※単位はすべて円です。

税目（料）	調定年度・賦課年度・通知書番号	期別	充当した金額		充当後の金額	
			本税（料）	延滞金	本税（料）	延滞金

備考 行政不服審査法及び行政事件訴訟法に基づく教示を記載すること。

別記様式第26号（第27条第1項関係）

※受理	年月日	部長	課長	補佐	係長	係	担当
※起案	年月日						
※決裁	年月日						
※通知	年月日						
国民健康保険料延滞金減免申請書兼調査決議書							
申請者 (納付義務者)	国保番号	住所					
		氏名					
減免をうけようとする額	年度	期	国民健康保険料	延滞金額	※減免決定延滞金額		
			円	円	円		
	合計						
減免をうけようとする理由							
新潟市長 様 年 月 日							
※世帯状況及び収入状況							
※資産の状況							
※減免を必要とする理由							
備考							
1 減免の理由を証明する書類を添付してください。 2 災害を受けた場合によるときは、被害状況等の事実を証する証明書、またはこれに代るべき書類を添付してください。 3 ※欄については記載しないでください。							

別記様式第27号（第27条第2項関係）

様	年 月 日																																																																						
新潟市長																																																																							
印																																																																							
延滞金減免許可(不許可)通知書																																																																							
様																																																																							
年 月 日付けの申請に基づき、延滞金減免を許可する(許可しない)こととしましたので、新潟市市税条例施行規則第40条第2項の規定により通知します。																																																																							
申請者	住所又は所在地																																																																						
	氏名又は名称																																																																						
延滞金計算日	減免率																																																																						
減免期間																																																																							
減免理由																																																																							
滞納金額	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">税目(料)</th> <th style="width: 5%;">調定</th> <th style="width: 5%;">賦課</th> <th style="width: 10%;">通知書番号</th> <th style="width: 5%;">期別</th> <th style="width: 5%;">納期限</th> <th style="width: 10%;">本税(料) (円)</th> <th style="width: 10%;">確定延滞金 (円)</th> <th style="width: 10%;">減免延滞金 (円)</th> <th style="width: 10%;">納付額 (円)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">合 計</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	税目(料)	調定	賦課	通知書番号	期別	納期限	本税(料) (円)	確定延滞金 (円)	減免延滞金 (円)	納付額 (円)																																																			合 計									
	税目(料)	調定	賦課	通知書番号	期別	納期限	本税(料) (円)	確定延滞金 (円)	減免延滞金 (円)	納付額 (円)																																																													
合 計																																																																							
(許可・不許可)理由																																																																							
連絡先																																																																							

備考 行政不服審査法及び行政事件訴訟法に基づく教示を記載すること。

別記様式第28号（第28条第1項関係）

年 度	年 度	国 保 番 号			
国民健康保険料減免申請書					
年 月 日					
(あて先)新潟市長					
住 所 新潟市					
氏 名					
電話 ()					
新潟市国民健康保険条例第21条の規定により、下記のとおり国民健康保険料の減免を申請します。					
国民健康保険料		円	減 免 申 請 額		円
医療分		円	医療分		円
支援分		円	支援分		円
介護分		円	介護分		円
減免申請の理由					
世帯構成（国民健康保険に加入していない世帯員も記入し、加入している方には○印を記入してください。）					
氏 名	続 柄	年 齢	国保加入	勤務先等(注1)	現在の収入(所得)月額
	世帯主				
注1 無職の場合は「無職」、就学中の場合は「学生」と記載してください。					整 理 番 号
2 減免申請理由の事実を証明する書類を添付してください。					

別記様式第29号（第28条第2項関係）

	新潟市長	第	号	
様				
国民健康保険料減免承認・不承認通知書				
年	月	日	付け提出されました国民健康保険料減免申請について、調査の結果、次のとおり減免することを承認・不承認しましたので通知します。	
承認	年度	国民健康保険料		国保番号
	期別	保険料	減免保険料	差引納付額
	第1期			
	第2期			
	第3期			
	第4期			
	第5期			
	第6期			
	第7期			
	第8期			
	第9期			
	第4月期			
	第6月期			
	第8月期			
	第10月期			
	第12月期			
	第2月期			
	過年分			
過年分				
過年分				
過年分				
合計				
不承認	不承認の理由			

備考 行政不服審査法及び行政事件訴訟法に基づく教示を記載すること。

別記様式第30号（第29条第1項関係）

	課長	課長補佐	係長	係長	担当	担当	担当	起案	年月日
								決裁	年月日
								施行	年月日

徴収猶予申請書										
新潟市長 様										
地方税法第15条の2第 号の規定により、以下のとおり徴収猶予の申請をします。										
年 月 日										
住所又は所在地： _____										
氏名又は名称： _____										
法人の場合、法人番号： _____										
滞納者	住所又は所在地									
	氏名又は名称									
徴収猶予を受けようとする金額	税目(料)	調定	賦課	通知書番号	期別	納期限	本税(料) (円)	延滞金 <small>法律による金額(円)</small>	合計 (円)	備考
	以下合計									
合 計										
徴収猶予期間										
徴収猶予の理由										
納付計画		別紙納付計画書のとおり								
担保										
備考										

別記様式第31号（第29条第2項関係）

様		年	月	日						
	新潟市長									
				印						
徴 収 猶 予 通 知 書										
様										
以下のとおり徴収の猶予をしましたので、地方税法第15条の2の2第1項の規定により通知します。										
申請者	住所又は所在地									
	氏名又は名称									
徴収猶予をする徴収金	税目(料)	調定	賦課	通知書番号	期別	納期限	本税(料) (円)	延滞金 (円)	合計 (円)	備 考
	<small>以下省略</small>									
	徴収猶予期間									
	納付計画	別紙納付計画書のとおり								
	徴収猶予の理由									
連絡先										
備考										

備考 行政不服審査法及び行政事件訴訟法に基づく教示を記載すること。

別記様式第32号（第29条第2項関係）

様		年 月 日							
	新潟市長	印							
徴 収 猶 予 不 許 可 通 知 書									
様									
以下のとおり徴収猶予を許可しないこととしましたので、地方税法第15条の2の2第2項の規定により通知します。									
申請者	住所又は所在地								
	氏名又は名称								
徴収猶予を申請した徴収金	税目(料)	調定 賦課	通知書番号	期別	納期限	本税(料) (円)	延滞金 (円)	合計 (円)	備考
				○ ○ ○ 以下省略 ○ ○ ○					
徴収猶予申請期間									
納付計画		別紙納付計画書のとおり							
徴収猶予不許可の理由									
連絡先									
備考									

備考 行政不服審査法及び行政事件訴訟法に基づく教示を記載すること。

別記様式第33号（第30条第2項関係）

様		年 月 日							
新潟市長									
		印							
徴収猶予取消通知書									
様									
以下の理由によって徴収猶予を取り消しましたので、地方税法第15条の3第3項の規定により通知します。 徴収の猶予をされていたあなたの保険料については、直ちに納付(納入)してください。									
申請者	住所又は所在地								
	氏名又は名称								
徴収猶予を取消する徴収金	税目(料)	調定 賦課	通知書番号	期別	納期限	本税(料) (円)	延滞金 (円)	合計 (円)	備考
	以下余白								
合計									
徴収猶予期間									
取消の理由									
連絡先									
備考									

備考 行政不服審査法及び行政事件訴訟法に基づく教示を記載すること。

別記様式第34号（第31条関係）

国民健康保険特例対象被保険者等に係る届出書						
世帯主	国保番号	— —				
	住所					
	氏名					
特例対象被保険者等	氏名					
	生年月日	年 月 日				
	離職年月日	年 月 日				
	離職理由 (雇用保険受給資格者証の退職理由コード)	当てはまるコード番号を○で囲んでください。 【特定受給資格者】 11 12 21 22 31 32 【特定理由離職者】 23 33 34				
新潟市国民健康保険条例第21条の3第1項の規定により上記のとおり届け出ます。 <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> 年 月 日 申請者(世帯主) 氏 名 電話番号 </div> (あて先)新潟市長						
受理	年 月 日	課長	補佐	係長	担当	整理番号
起案	年 月 日					
沈裁	年 月 日					

別記様式第35号（第32条関係）

（表）

第 号	
新潟市国民健康保険料等 徴 収 職 員 証	写真
職名	
氏名	
	年 月 日生
交付年月日	年 月 日
	新潟市長 印

（裏）

1 本証は、国民健康保険料その他国民健康保険法で定める徴収金について滞納処分又は滞納処分のための質問、検査若しくは搜索をする場合には、必ず携帯しなければならない。

2 本証は、関係人の請求があつたときは、これを提示しなければならない。

3 本証は、他人に貸与し、又は譲渡してはならない。

4 本証に代わる新たな証の交付を受けたとき又は資格を失つたときは、本証を直ちに返さなければならない。