

生駒市規則第14号

生駒市国民健康保険給付規則をここに公布する。

令和7年3月31日

生駒市長 小 紫 雅 史

生駒市国民健康保険給付規則

生駒市国民健康保険給付規則（昭和33年11月生駒市規則第4号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この規則は、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）及び生駒市国民健康保険条例（昭和34年3月生駒市条例第7号。以下「条例」という。）の規定に基づき本市が行う国民健康保険の給付に関し必要な事項を定めるものとする。

（食事療養標準負担額の差額の支給申請）

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「施行規則」という。）第26条の5第2項の規定による食事療養標準負担額の差額の支給の申請は、国民健康保険食事療養標準負担額差額申請書（様式第1号）により行うものとする。

（療養費の支給申請）

第3条 施行規則第27条第1項の規定による療養費の支給の申請は、国民健康保険療養費支給申請書（様式第2号）により行うものとする。

（特別療養費の支給申請）

第4条 施行規則第27条の5第1項の規定による特別療養費の支給の申請は、国民健康保険特別療養費支給申請書（様式第3号）により行うものとする。

（移送費の支給申請）

第5条 施行規則第27条の11第1項の規定による移送費の支給の申請は、国民健康保険移送費支給申請書（様式第4号）により行うものとする。

（月間の高額療養費の支給申請）

第6条 施行規則第27条の16第1項の規定による高額療養費の支給の申請は、国民健康保険高額療養費支給申請書（様式第5号）により行うものとする。

（年間の高額療養費の支給申請）

第7条 施行規則第27条の17の2第1項の規定による高額療養費の支給の申請は、国民健康保険高額療養費（外来年間合算）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書（様式第6号）により行うものとする。

（高額療養費の支給申請に係る特例）

第8条 前2条の規定にかかわらず、施行規則第27条の16第1項又は第27条の17の2第1項の規定による高額療養費の支給の申請は、施行規則第27条の17の規定に基づき市長が別に定めるところにより省略させることができる。

（高額介護合算療養費の支給申請）

第9条 施行規則第27条の26第1項及び第27条の27第1項の規定による高額介護合算療養費の支給の申請は、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（様式第7号）により行うものとする。

（特別療養給付の申請）

第10条 施行規則第28条第1項の規定による特別療養給付の申請は、国民健康保険特別療養証明交付申請書（様式第8号）により行うものとする。

（出産育児一時金の支給申請）

第11条 条例第5条の規定による出産育児一時金の支給を受けようとする者は、国民健康保険出産育児一時金支給申請書（様式第9号）を市長に提出しな

ければならない。

- 2 前項の申請書には、出産の事実を証する書類を添付しなければならない。

(葬祭費の支給申請)

第12条 条例第6条の規定による葬祭費の支給を受けようとする者は、葬祭費支給申請書(様式第10号)を市長に提出しなければならない。

- 2 前項の申請書には、死亡の事実を証する書類を添付しなければならない。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和7年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現に改正前の生駒市国民健康保険給付規則(以下「旧規則」という。)の規定により提出されている様式は、改正後の生駒市国民健康保険給付規則の規定により提出された様式とみなす。
- 3 この規則の施行の際現に存する旧規則の規定による様式は、所要の修正を加え、なお使用することができる。

国民健康保険食事療養標準負担額差額申請書

受付日 年 月 日 保険者名 **生駒市**
 決定日 年 月 日

保険者番号							食事療養を受けた 被保険者 氏名	男・女	続柄	
被保険者 記号番号							生年月日	年	月	日
個人番号							生年月日	年	月	日
支給申請 をした理由										

1	食事療養に 要した費用額					円	支給額	差額	円×	回			円
	入院期間	年	月	日	～	年	月	日	日数	日	食事回数	回	
	食事療養を受けた 医療機関等の名称							食事療養を受けた 医療機関等の所在					
2	食事療養に 要した費用額					円	支給額	差額	円×	回			円
	入院期間	年	月	日	～	年	月	日	日数	日	食事回数	回	
	食事療養を受けた 医療機関等の名称							食事療養を受けた 医療機関等の所在					
3	食事療養に 要した費用額					円	支給額	差額	円×	回			円
	入院期間	年	月	日	～	年	月	日	日数	日	食事回数	回	
	食事療養を受けた 医療機関等の名称							食事療養を受けた 医療機関等の所在					

振込先 世帯主または食事療養を受けた者の口座(注 委任欄) 合計支給額

	銀行	支店	1 普通	口座番号									
	信金	本店	2 当座	口座 名義人 (カタカナ)									
	信組	出張所	9 その他										
	農協												

ゆうちょ銀行口座番号変換前 (記号) (番号)

食事療養に要した費用について、必要書類を添えて申請します。
 食事療養費は、記載した口座に振り込んでください。
 年 月 日
 生駒市長 殿
 世帯主 住 所
 氏 名
 個人番号
 電話番号 () —

<委任欄> (世帯主以外の口座に振り込むとき。ただし、食事療養を受けた被保険者の口座に限ります。)
 請求金額の受領については、記載された口座名義人に委任します。
 世帯主 氏 名

国民健康保険療養費支給申請書

受付日 決定日	年	月	日	保険者名	生駒市					
保険者番号				療養を受けた 被保険者の 氏名	続柄					
被保険者 記号番号										
診療年月	年	月	日	生年月日	年 月 日					
診療日数		日		性別	1 男 2 女 個人番号					
制度	1 国保 2 退職			本人 家族 の別	1 本人入院 2 本人外来					
療養期間	年 月 日～ 年 月 日				3 6歳未満入院 4 6歳未満外来					
所得区分	1 低所得Ⅰ 2 低所得Ⅱ 3 3月超				5 家族入院 6 家族外来					
海外療養費区分	1	負担割合差額	→		7 高齢8(9)割入院 8 高齢8(9)割外来					
傷病の 原因 確認	通勤途中または仕事上の原因によるもの			いいえ・はい	←「はい」の場合は「第三者の行為による被害届」を提出すること					
	交通事故やけんかなど第三者行為によるもの			いいえ・はい						
1 診療費 2 補装具 3 柔整 4 あんま・マッサージ 5 はり・灸 6 移送 7 その他 8 標準負担額										
医療機関コード					傷病名					
療養を受けた医療機関 又は施術師等の名称					療養を受けた医療 機関等の所在地					
支給申請をした理由					発病又は負傷 の理由					
療養に要した費用額				円	*	食事回数				回
審査認定額				円		療養に要した 費用額				円
一部負担金				円		食事標準負担額				円
支給金額				円		支給金額				円
振込先 世帯主または療養を受けた者の口座内容(注 委任欄) ※口座番号を左詰で記載してください										
銀行	支店	1 普通	口座番号							
信金	本店	2 当座	口座 名義人 (カタカナ)							
信組	出張所	9 貯蓄								
農協	コード									
ゆうちょ銀行口座番号変換前			(記号)	(番号)						
療養に要した費用について、必要書類を添えて申請します。										
療養費は、記載した口座に振り込んでください。										
年 月 日										
生駒市長 殿										
世帯主 住 所										
氏 名										
電話番号 ()										
<委任欄> (世帯主以外の口座に振り込むとき。ただし、単独で療養を受けた被保険者の口座に限ります。)										
請求金額の受領については、記載された口座名義人に委任します。										
世帯主 氏 名										

国民健康保険特別療養費支給申請書

受付日 決定日	年	月	日	保険者名	生駒市		
保険者番号				療養を受けた 被保険者の 氏名	続柄		
被保険者 記号番号							
診療年月	年	月	日	生年月日	年 月 日		
診療日数		日		性別	1 男 2 女 個人番号		
制度	1 国保 2 退職			本人 家族 の別	1 本人入院 2 本人外来		
療養期間	年 月 日～ 年 月 日				3 6歳未満入院 4 6歳未満外来		
所得区分	1 低所得Ⅰ 2 低所得Ⅱ 3 3月超				5 家族入院 6 家族外来		
療養種別	別紙のとおり				7 高齢8(9)割入院 8 高齢8(9)割外来		
傷病の 原因 確認	通勤途中または仕事上の原因によるもの		いいえ・はい		9 高齢7割入院 0 高齢7割外来		
	交通事故やけんかなど第三者行為によるもの		いいえ・はい				
医療機関コード					傷病名		
療養を受けた医療機関 又は施術師等の名称				療養を受けた医療 機関等の所在地			
支給申請をした理由				発病又は負傷 の理由			
療養に要した費用額			円	*	食事回数		回
審査認定額			円		療養に要した 費用額		円
一部負担金			円		食事標準負担額		円
支給金額			円		支給金額		円
振込先 世帯主または療養を受けた者の口座内容(注 委任欄) ※口座番号を左詰で記載してください							
銀行	支店	1 普通	口座番号				
信金	本店	2 当座	口座 名義人 (カタカナ)				
信組	出張所	9 貯蓄					
農協	コード						
ゆうちょ銀行口座番号変換前			(記号)	(番号)			
<p>療養に要した費用について、必要書類を添えて申請します。</p> <p>特別療養費は、記載した口座に振り込んでください。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>生駒市長 殿</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号 () ー</p>							
<p><委任欄> (世帯主以外の口座に振り込むとき。ただし、単独で療養を受けた被保険者の口座に限ります。)</p> <p>請求金額の受領については、記載された口座名義人に委任します。</p> <p style="text-align: center;">世帯主 氏 名</p>							

国民健康保険移送費支給申請書

保険者名

生駒市

保険者番号								移送を受けた被保険者の氏名				続柄							
被保険者記号番号								生年月日	年	月	日生								
移送年月日			年	月	日		個人番号					性別	男	女					
傷病名及びその原因																			
発病又は負傷年月日			年	月	日														
收容先の保険医療機関	名 称																		
	所在地																		
移送経路及び移送方法																			
費用額								円											
医師、看護師等医学的管理能力のある者の付き添い有無	住 所																		
	氏 名																		
費用額								円											
振込先 世帯主又は移送を受けた者の口座内容(注 委任欄)											ゆうちょ	(記号)							
	銀行	支店	1	普通	口座番号														
	信金	本店	2	当座	口座名義人(カタカナ)														
	信組	出張所	9	その他															
	農協	コード																	
<p>移送に要した費用について、必要書類を添えて申請します。</p> <p>移送費は、記載した口座に振り込んでください。</p> <p>年 月 日</p> <p>生駒市長 殿</p> <p>世帯主 住 所</p> <p>氏 名</p> <p>個人番号</p> <p>電話番号 () —</p>																			
<p><委任欄> (世帯主以外の口座に振り込むとき。ただし、療養を受けた被保険者の口座に限ります。)</p> <p>請求金額の受領については、記載された口座名義人に委任します。</p> <p>世帯主 住 所</p> <p>氏 名</p>																			
<p><備考></p> <p>次に掲げる事項を記載した医師又は歯科医師の意見書及び費用の事実を証する書類を添付しなければならない。</p> <p>1 移送を必要と認めた理由</p> <p>2 医学的管理能力のあるものが患者の移送に付き添った場合、その付き添いを認めた理由</p> <p>3 患者の病状により必要とされた移送経路、移送方法及び移送年月日</p> <p>4 先の1, 2, 3を記載した意見書には、これを証する当該医師又は歯科医師の診断年月日及び氏名を記載しなければならない。</p>																			

国民健康保険高額療養費支給申請書

アイウエオ 現Ⅲ 現Ⅱ 現Ⅰ 一 Ⅱ Ⅰ 多 滞

被保険者の記号番号				診療年月		年		月			
被保険者の氏名、生年月日 及び個人番号				続柄		日数		被保険者の氏名、生年月日 及び個人番号			
①								②			
年 月 日								年 月 日			
傷病名／療養を受けた期間						診療報酬明細書のとおり					
療養を受けた病院等の名称及び所在地／療養に対して支払った金額等						診療報酬明細書のとおり					
<p>別紙必要書類を添えて申請いたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>生 駒 市 長 殿</p> <p style="text-align: center;"><u>世帯主</u> 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <p style="text-align: center;">電話番号（ ） ー</p>											
<p>なお、高額療養費は、下記の金融機関に振り込んでください。</p>											
振込口座		銀行・信金 信組・農協				本店・支店 出張所					
		普通・当座・貯蓄		口座番号		フリガナ					
						名 義					
<p><委任欄> （世帯主以外の口座に振り込むとき。ただし、<u>単独</u>で療養を受けた被保険者の口座に限ります。）</p> <p>高額療養費の受領については、記載された口座名義人に委任します。</p> <p style="text-align: center;"><u>世帯主</u> 氏 名</p>											

様式第6号(第7条関係)

国民健康保険 高額療養費(外来年間合算)支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度		計算期間の始記及び終期	
--------	--	-------------	--

フリガナ				保 険 者 加 入 歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	
申請者氏名					1			
生年月日	性別				2			
記号・番号	個人番号				加入期間における受診歴			
加入期間					計算期間の末日において加入する医療保険者の名称			
支給方法	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ
1、窓口払い 2、口座振込								1、普通預金 2、当座預金 9、その他

フリガナ				保 険 者 加 入 歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
世帯員氏名					1		
記号・番号	個人番号				2		
生年月日	性別				加入期間における受診歴		
加入期間							

フリガナ				保 険 者 加 入 歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
世帯員氏名					1		
記号・番号	個人番号				2		
生年月日	性別				加入期間における受診歴		
加入期間							

備考							
----	--	--	--	--	--	--	--

生駒市国民健康保険 殿

申請年月日

- ①外来年間合算の支給を申請します。
 ②自己負担額証明書の交付を申請します。
 ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。
 外来年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみ丸で囲んでください。

郵便番号
 住所
 申請者氏名
 電話番号

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

申請対象年度		申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	(市町村等記入欄)	支給申請書整理番号	
--------	--	------	-------	-------	--------	-----------	-----------	--

フリガナ		生年月日	年	月	日	生	計算期間の始期及び終期	年	月	日	～	年	月	日
氏名		個人番号												

国民健康保険資格情報

保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間
					年 月 日から 年 月 日まで

後期高齢者医療資格情報

保険者番号	被保険者番号	広域連合名称	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

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店支出張所	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						口座名義人	

保険者加入歴		保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄	
	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			

	年 月 日
奈良県生駒市長 殿	住所
① 上記対象者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給を申請します。	個人番号
② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。	世帯主名
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。 高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。	電話番号

国 民 健 康 保 明 險
特 別 療 養 証 請 書
交 付 申 書

世帯主氏名 及び生年月日	年 月 日	被保険者の 記号及び番号	記号 番号
療養を受けていた者の氏名 及び生年月日	年 月 日	世帯主との 続柄	
療養を受けていた者の 個人番号			
療養を受けていた者の 住 所			
療養を受けていた者の 資格喪失年月日			
資格喪失の際、受けていた 療養の給付を受け始めた年 月 日			
傷 病 名			
給 付 開 始 年 月 日			
資格喪失の際、療養の給付 を担当していた保険医療機 関等の名称及び所在地	名称		保険医の氏名
	所在地		
現に療養の給付等を担当している 保険医療機関等の名称、所在地及 び診療に従事する保険医の氏名	名称		
	所在地		
この申請を行う際の傷病の 程度及び療養等の状況			

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住 所

氏 名

個人番号

電話番号 () -

生駒市長 殿

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

（直接支払差額・直接支払利用なし・海外）

被保険者の記号番号			
被保険者（母）の氏名			
分娩の年月日		年	月 日
分娩場所 (病院、診療所の 所在地、名称)	名称		
	所在地		
口座振込		支給申請額	円
<p>上記のとおり申請いたします。 なお、他の医療保険に出産育児一時金の申請をしていません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>生駒市長 殿</p> <p style="text-align: center;"><u>世帯主</u> 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号 () -</p>			
なお、出産育児一時金は、下記の金融機関に振り込んでください。			
振 込 口 座	銀行・信金・信組・農協		本店・支店・出張所
	普通・当座・貯蓄	口座番号	フリガナ 名 義
<p>請求金額の受領については、口座名義人である _____ に 委任します。</p> <p style="text-align: center;"><u>世帯主</u> 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>			

葬 祭 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者 の 記 号 番 号			
死 亡 者 関 係 事 項	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
	死 亡 年 月 日	年 月 日	
葬 祭 執 行 年 月 日		年 月 日	
口 座 振 込	支 給 申 請 額 円		
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>なお、他の医療保険に葬祭費・埋葬料などの申請をしていません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">生駒市長 殿</p> <p>申 請 者 住 所 (葬祭を行った人)</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号 () -</p> <p style="text-align: center;">死亡者との続柄 (死亡者の)</p>			
<p>なお、葬祭費は、下記の金融機関に振り込んでください。</p>			
振込口座	銀行・信金・信組・農協		本店・支店・出張所
	普通・当座・貯蓄	口座番号	フリガナ 名 義