

生駒市規則第 2 号

生駒市国民健康保険税の納税通知書の様式を定める規則及び生駒市国民健康保険給付規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和 8 年 1 月 8 日

生駒市長 小 紫 雅 史

生駒市国民健康保険税の納税通知書の様式を定める規則及び生駒市国民健康保険給付規則の一部を改正する規則

(生駒市国民健康保険税の納税通知書の様式を定める規則の一部改正)

第 1 条 生駒市国民健康保険税の納税通知書の様式を定める規則（平成 1 0 年 3 月生駒市規則第 9 号）の一部を次のように改正する。

別記様式を次のように改める。

別記様式 （略）

(生駒市国民健康保険給付規則の一部改正)

第2条 生駒市国民健康保険給付規則（令和7年3月生駒市規則第14号）の一部を次のように改正する。

様式第6号及び様式第7号を次のように改める。

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

(保険者記入欄) 支給申請書整理番号

|        |             |    |    |
|--------|-------------|----|----|
| 申請対象年度 | 計算期間の始期及び終期 | 枚中 | 枚目 |
|--------|-------------|----|----|

|            |      |  |  |        |      |      |                 |
|------------|------|--|--|--------|------|------|-----------------|
| 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(世帯主)氏名 |      |  |  |        | 1    |      |                 |
| 生年月日       |      |  |  |        | 2    |      |                 |
| 被保険者記号・番号  | 個人番号 |  |  | 3      |      |      |                 |

計算の対象となる加入期間 計算期間の末日において加入する医療保険者の名称

受取口座  公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入は不要)。※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。  
 振込口座を指定する。

|                  |             |                            |         |                 |       |                           |      |       |
|------------------|-------------|----------------------------|---------|-----------------|-------|---------------------------|------|-------|
| 1.窓口払い<br>2.口座振込 | 振込口座<br>記入欄 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合 | 金融機関コード | 本店<br>支店<br>出張所 | 店舗コード | 種目                        | 口座番号 | フリガナ  |
|                  |             |                            |         |                 |       | 1、普通預金<br>2、当座預金<br>9、その他 |      | 口座名義人 |

|              |      |  |  |        |      |      |                 |
|--------------|------|--|--|--------|------|------|-----------------|
| 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    |      |                 |
| 被保険者記号・番号    | 個人番号 |  |  |        | 2    |      |                 |
| 生年月日         |      |  |  | 3      |      |      |                 |
| 計算の対象となる加入期間 |      |  |  |        |      |      |                 |

|              |      |  |  |        |      |      |                 |
|--------------|------|--|--|--------|------|------|-----------------|
| 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    |      |                 |
| 被保険者記号・番号    | 個人番号 |  |  |        | 2    |      |                 |
| 生年月日         |      |  |  | 3      |      |      |                 |
| 計算の対象となる加入期間 |      |  |  |        |      |      |                 |

備考

生駒市国民健康保険 殿 申請年月日 年 月 日  
 ①外来年間合算の支給を申請します。 郵便番号  
 ②自己負担額証明書の交付を申請します。 住所  
 ※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。 申請者氏名  
 外来年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。 電話番号

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

|                                |       |
|--------------------------------|-------|
| 委任状                            | 世帯主氏名 |
| 国民健康保険給付費等に関する受領を右記の代理人に委任します。 | (申請者) |
|                                | 代理人住所 |
|                                | 代理人氏名 |
|                                | 個人番号  |

## 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 |  | 計算期間の始期及び終期 |  |
| 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 |
|-------|---------|---------|----|-------|------|
|       |         |         |    |       |      |

### 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 |
|-------|--------|--------|------|
|       |        |        |      |

### 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 |
|-------|--------|-------|------|
|       |        |       |      |

| 支給方法 | 口座管理番号 | 振込口座記入欄 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 | 金融機関コード | 本店<br>支店<br>出張所 | 店舗コード | 種目                           | 口座番号 | フリガナ | 振込先口座管理番号 |
|------|--------|---------|--------------------|---------|-----------------|-------|------------------------------|------|------|-----------|
|      |        |         |                    |         |                 |       | 1. 普通預金<br>2. 当座預金<br>9. その他 |      |      |           |

公金受取口座を利用します      個人番号（世帯主以外）

※公金受取口座への振込を希望される場合は、口座振込先情報を記入せずに「公金受取口座を利用します」をチェックし、個人番号欄に個人番号をご記入ください。  
 ※世帯主以外の公金受取口座を利用される場合は該当者の個人番号を上記の個人番号（世帯主以外）欄に記載ください。  
 ※公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。

| 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    |      |                 |     |  |
|        | 2    |      |                 |     |  |
|        | 3    |      |                 |     |  |

|  |       |    |
|--|-------|----|
| 年      月      日                                      | 郵便番号  | 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。   | 申請代表者 |    |
| 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。                       | 個人番号  |    |
| ※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。                | 氏名    |    |
| 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  |    |

## 附 則

### (施行期日)

- 1 この規則は、令和 8 年 1 月 1 3 日から施行する。

### (経過措置)

- 2 この規則の施行の際現に第 2 条の規定による改正前の生駒市国民健康保険給付規則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。