

砂川市規則第35号
令和6年11月29日

砂川市国民健康保険条例施行規則をここに公布する。

砂川市長 飯 澤 明 彦

(別 紙)

砂川市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則

砂川市国民健康保険条例施行規則（昭和35年規則第11号）の一部を次のように改正する。

別記第3号様式から別記第9号様式までを次のように改める。

附 則

この規則は、令和6年12月2日から施行する。

証 明 書					
看 護	住 所		看 護 を 受 け る 者	被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	砂 川 ・
補 助 者	氏 名			氏 名	
<p>上記の者は、看護師を求めることができないのでやむを得ず求めた看護補助者であり、当院の医師又は看護師の指揮下であるものであることを証明します。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">住 所</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">氏 名</p>					

						整理番号			
国民健康保険 ^{看護} 移送承認不承認通知書									
被保険者 記号・番号	砂川・	被保険 者氏名		世帯主 氏名					
傷病名				施設の名 称所在地	名称				
					所在地				
看護、移送 不承認の決 定の事由									
看護、移送 承認事項	看護 承認 期間	自	年	月	日	日間	移 送	移送区間	
		至	年	月	日			移送方法	
<p>さきに申請された付添看護移送については、上記のとおり承認（不承認）と決定したので通知します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: right;">砂川市長 印</p>									
<p>この処分について不服があるときは、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月以内に北海道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。</p> <p>また、処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、砂川市長を被告として（訴訟において砂川市を代表する者は砂川市長となります。）提起することができます。（裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると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。）</p> <p>なお、処分の取消しの訴えは、処分について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が、次のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。</p> <p>(1) 審査請求があった日から3月を経過しても裁決がないとき。</p> <p>(2) 処分、処分の執行又は手続の続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。</p> <p>(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。</p>									

国民健康保険療養費支給申請書

年 月 日

砂川市長 様

住 所 砂川市

申請者 氏 名

電 話

次のとおり療養に要した費用に関する別紙書類を添えて申請します。

被保険者記号・番号	砂川・	個人番号		
療養を受けた者の氏名			世帯主との続柄	
療養の期間	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間			入院 通院
傷病名			発病負傷年 月 日	
診療薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療所				
診療又は調剤に従事した医師又は薬剤師の氏名				
医療の給付を受けることができなかった理由	1. 補装具のため 2. 診療費 3. 柔道整復		4. 老健施設 5. その他 ()	
発病の原因		傷病の経過	療養の内容	
療養に要した費用	円			
交通事故等の第三者行為	有 ・ 無			
振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店 本店 本所 出張所	普通 ・ 当座	口座番号 口座名義 (カタカナ)
審査決定点数			備考	
単 価				
費用額(10割)				
一部負担金				
公費負担	点数			
	金額			
支給額				
			係	係長
				課長補佐
				課長

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

一金 円

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

住所

申請者 氏名

電話

個人番号

北海道砂川市長

様

振込先	金融機関		(フリガナ)	
			口座名義人	
	口座種別	普通・当座・その他 ()	口座番号	∴ ∴ ∴ ∴ ∴ ∴ ∴ ∴ ∴ ∴
被保険者 記号・番号	砂川・	世帯主氏名		
出産した被 保険者氏名		個人番号	世帯主 との続柄	
出産の 年月日	年 月 日	支払種別 (出生前の請求は、 貸付となります。)	支給 ・ 貸付	
出生児 の氏名		性別	男・女	世帯主 との続柄
出産の種類	正常、早産 (か月)	流産 (か月)	死産 (か月)	
出産に立会っ た医師又は助 産師の証明	証 明 書 上記のとおり流産、死産 (か月) であることを証明します。 年 月 日 住所 氏名			
確 認	1 住民異動届による 2 確認者氏名			

国民健康保険葬祭費支給申請書

一金 円

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

年 月 日

住所

申請者 氏名

電話

個人番号

北海道砂川市長

様

振込先	金融機関		(フリガナ)		
			口座名義人		
	口座種別	普通・当座・その他 ()	口座番号	⋮	⋮
被保険者 記号・番号	砂川・	世帯主氏名			
死亡した被 保険者氏名		個人番号		申請者 との続柄	
死 亡 年 月 日	年 月 日 (喪失日)				
葬祭執行 年 月 日	年 月 日		交通事故等の 第三者行為	有 ・ 無	
葬祭を行う 場 所					
確 認	1 住民異動届による 2 確認者氏名				

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 記号・番号	砂川・			世帯主氏名								
	(フリガナ)				生年月日			年		月		日	
	氏名												
	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。													
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 電話 番 号</p> <p>世帯主氏名</p> <p style="text-align: right;">砂 川 市 長 様</p>													
【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			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												
保 険 者 記 入 欄	支給決定額												
	円												

国民健康保険傷病手当金支給申請書(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)											
③療養のために 休んだ期間	年 月 日から 年 月 日まで	④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								
⑤ 上記の療養のために休んだ期間に 給与等の支払いを受けましたか。 または、今後受けられますか。	1. はい 2. いいえ										
⑥ ⑤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)期間をご記入ください。	年 月 日から 年 月 日まで	(給与等の額:円) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>									

(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③～⑥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

国民健康保険傷病手当金支給申請書(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ご記入ください。

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	
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	
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	
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	
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	
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	
②の期間に対して、賃金を支払いましたか?	1. はい	給与の種類		<input type="checkbox"/> 月給	<input type="checkbox"/> 時間給	賃金計算	締日		日								
	2. いいえ	<input type="checkbox"/> 日給	<input type="checkbox"/> 歩合給	<input type="checkbox"/> 日給月給	<input type="checkbox"/> その他		支払日		1. 当月	日							
②の期間の課税対象となる賃金支給状況をご記入ください。ただし、期末勤勉手当(賞与)は除く。																	
事業主が証明するところ 支給した賃金内訳	期間	単価(円)		月 日 ~	月 日 ~	月 日 ~											
	区分			月 日 分	月 日 分	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)		円											
賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。																	
年 月 日																	
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														

国民健康保険傷病手当金支給申請書(医療機関記入用)

医療機関担当者が意見を記入するところ	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																											
	うち、入院期間		年 月 日から		療養費用の種別										<input type="checkbox"/> 国保		<input type="checkbox"/> 公費()													
			年 月 日まで		転帰										<input type="checkbox"/> 自費		<input type="checkbox"/> その他													
	診療日及び入院していた日を○で囲んでください。		年 月		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15															診療 実日数				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															診療 実日数				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															診療 実日数				日						
					16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																									
	上記の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)																													
																						手術年月日				年 月 日				
																						退院年月日				年 月 日				
症状経過から見て従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																														
年 月 日																														
上記のとおり相違ありません。																														
医療機関の所在地																														
医療機関の名称																														
医師の氏名																										電話番号				

年 月 日

様

砂川市長

印

国民健康保険傷病手当金支給（不支給）決定通知書

年 月 日付けで申請のあった傷病手当金について、次のとおり支給（不支給）を決定したので通知します。

被保険者名		被保険者 記号・番号	砂川・
支給決定額	円	振込期日	年 月 日
不支給の理由			