

川崎市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則新旧対照表

改正後	改正前
○川崎市国民健康保険条例施行規則 昭和33年10月28日規則第31号 (事務の委任) 第2条 地方自治法(昭和22年法律第67号)第153条第1項の規定に基づき、次に掲げる事務を区長に委任する。 (1) 被保険者資格に関すること。 (2) 保険料その他の諸収入金の賦課及び徴収に関すること(保険料の減免及び徴収猶予の基準の決定並びに特別徴収に係る特別徴収義務者への通知に関することを除く。) (3) 保険給付に関すること。ただし、次に掲げる事項を除く。 ア 診療報酬及び療養費に係る請求書の審査に関すること。 イ 診療報酬及び療養費のうち施術費の支払いに関すること。 (4) 保険給付に係る一部負担金等(一部負担金等の減免及び徴収猶予の基準の決定に関することを除く。)に関すること。 (5) 保険料の過誤納還付金並びに還付加算金及び充当に関すること(特別徴収による保険料に係る特別徴収義務者への還付に関することを除く。) (6) 徴収嘱託及び徴収受託に関すること。 (7) 過料に関すること。 2 市長は、保険料その他の諸収入金の滞納処分に関する事務を区長及び次に掲げる者に委任する。 (1) 区民サービス部長 (2) 区役所の保険年金課において国民健康保険の保険料の徴収事務に従事する職員 3 市長は、前2項の規定にかかわらず、区長及び前項各号に掲げる者に委任した事務について必要があると認めるときは、その取扱いについて指示することができる。	○川崎市国民健康保険条例施行規則 昭和33年10月28日規則第31号 (事務の委任) 第2条 地方自治法(昭和22年法律第67号)第153条第1項の規定に基づき、次に掲げる事務を区長に委任する。 (1) 被保険者資格に関すること。 (2) 保険料その他の諸収入金の賦課及び徴収に関すること(保険料の減免及び徴収猶予の基準の決定並びに特別徴収に係る特別徴収義務者への通知に関することを除く。) (3) 保険給付に関すること。ただし、次に掲げる事項を除く。 ア 診療報酬及び療養費に係る請求書の審査に関すること。 イ 診療報酬及び療養費のうち施術費の支払いに関すること。 (4) 保険給付に係る一部負担金等(一部負担金等の減免及び徴収猶予の基準の決定に関することを除く。)に関すること。 (5) 保険料の過誤納還付金並びに還付加算金及び充当に関すること(特別徴収による保険料に係る特別徴収義務者への還付に関することを除く。) (6) 徴収嘱託及び徴収受託に関すること。 (7) 過料に関すること。 2 市長は、保険料その他の諸収入金の滞納処分に関する事務を区長及び次に掲げる者に委任する。 (1) 区民サービス部長及び支所長 (2) 区役所の保険年金課又は支所区民センターにおいて国民健康保険の保険料の徴収事務に従事する職員 3 市長は、前2項の規定にかかわらず、区長及び前項各号に掲げる者に委任した事務について必要があると認めるときは、その取扱いについて指示することができる。

改正後

(保険料の徴収猶予)

第 1 4 条 条例第 3 8 条第 2 項に規定する申請書の提出があったときは、区長はこれを審査し、その必要があると認めるときは徴収猶予許可通知書を、不適当と認めるときは徴収猶予不許可通知書を当該納付義務者に交付するものとする。

(保険料徴収猶予の取消し)

第 1 5 条 前条の規定により保険料の徴収猶予を受けた者が次の各号のいずれかに該当する場合においては、その徴収猶予をした保険料の全部又は一部についてその徴収猶予を取消し、これを一時に徴収する。この場合においては、緊急の必要がある場合を除くほか、あらかじめその徴収猶予を受けた者に意見を陳述する機会を与えるものとする。ただし、その者が正当の理由がなくて意見を陳述しない場合においては、この限りでない。

(1) 徴収猶予の認められた期限内に保険料を納付しないとき。

(2) 徴収猶予を受けた者の資力その他の事情が変化したため徴収猶予をすることが不適当であると認められるとき。

2 前項の規定により徴収猶予の取消しをした場合は、徴収猶予取消通知書によって当該納付義務者に通知するものとする。

(保険料の減免)

第 1 6 条 条例第 3 9 条第 3 項に規定する申請書の提出があったときは、区長はこれを審査し、その必要があると認めるときは保険料減免承認決定通知書を、不適当と認めるときは保険料減免不承認決定通知書を当該納付義務者に交付するものとする。

別表 (第19条関係)

様式番号	名 称	根 拠 条 項
1	神奈川県国民健康保険資格確認書交付申請書	省令第 6 条第 1 項
1 の 2	神奈川県国民健康保険資格確認書・資格情報のお知らせ再交付申請書	省令第 7 条第 1 項 省令第 7 条の 3 の 2 第 1 項

改正前

(保険料の徴収猶予)

第 1 4 条 条例第 3 8 条第 2 項に規定する申請書の提出があったときは、区長はこれを審査し、その必要があると認めるときは保険料徴収猶予承認決定通知書を、不適当と認めるときは保険料徴収猶予不承認決定通知書を当該納付義務者に交付するものとする。

(保険料徴収猶予の取消し)

第 1 5 条 前条の規定により保険料の徴収猶予を受けた者が次の各号のいずれかに該当する場合においては、その徴収猶予をした保険料の全部又は一部についてその徴収猶予を取消し、これを一時に徴収する。この場合においては、緊急の必要がある場合を除くほか、あらかじめその徴収猶予を受けた者に意見を陳述する機会を与えるものとする。ただし、その者が正当の理由がなくて意見を陳述しない場合においては、この限りでない。

(1) 徴収猶予の認められた期限内に保険料を納付しないとき。

(2) 徴収猶予を受けた者の資力その他の事情が変化したため徴収猶予をすることが不適当であると認められるとき。

2 前項の規定により徴収猶予の取消しをした場合は、保険料徴収猶予取消通知書によって当該納付義務者に通知するものとする。

(保険料の減免)

第 1 6 条 条例第39条第 3 項に規定する申請書の提出があったときは、区長はこれを審査し、その必要があると認めるときは保険料減免承認決定通知書を、不適当と認めるときは保険料減免不承認決定通知書を当該納付義務者に交付するものとする。

別表 (第19条関係)

様式番号	名 称	根 拠 条 項
1	神奈川県国民健康保険資格確認書交付申請書	省令第 6 条第 1 項
1 の 2	神奈川県国民健康保険資格確認書・資格情報のお知らせ再交付申請書	省令第 7 条第 1 項 省令第 7 条の 3 の 2 第 1 項

改正後			改正前		
2	神奈川県国民健康保険被保険者受療証	第4条第1項	2	神奈川県国民健康保険被保険者受療証	第4条第1項
3	療 養 費 国民健康保険 支給申請書 特別療養費	省令第27条第1項	3	療 養 費 国民健康保険 支給申請書 特別療養費	省令第27条第1項
4	国民健康保険出産育児一時金支給申請書	第5条	4	国民健康保険出産育児一時金支給申請書	第5条
5	国民健康保険葬祭費支給申請書	第6条	5	国民健康保険葬祭費支給申請書	第6条
6	削除		6	削除	
7	国民健康保険第三者行為による傷病届	省令第32条の6	7	国民健康保険第三者行為による傷病届	省令第32条の6
8	国民健康保険料出産被保険者減額届出書	第12条第1項	8	国民健康保険料出産被保険者減額届出書	第12条第1項
8の2	国民健康保険特例対象被保険者等該当届出書	第12条第2項	8の2	国民健康保険特例対象被保険者等該当届出書	第12条第2項
9	国民健康保険所得（無所得）申立書	第13条	9	国民健康保険所得（無所得）申立書	第13条
10	削除		10	削除	
<u>11</u>	<u>徴収猶予申請書</u>	<u>条例第38条第2項</u>	11	<u>減 免</u> <u>国民健康保険料</u> <u>申請書</u> <u>徴収猶予</u>	<u>条例第38条第2項</u> <u>条例第39条第3項</u>
<u>11の2</u>	<u>国民健康保険料減免申請書</u>	<u>条例第39条第3項</u>		<u>(新設)</u>	
12	<u>徴収猶予許可通知書</u>	<u>第14条</u>	12	<u>承 認</u> <u>国民健康保険料減免・徴収猶予</u> <u>決定通知書</u> <u>不承認</u>	<u>第14条</u> <u>第16条</u>
<u>12の2</u>	<u>徴収猶予不許可通知書</u>	<u>第14条</u>		<u>(新設)</u>	
<u>12の3</u>	<u>徴収猶予取消通知書</u>	<u>第15条第2項</u>		<u>(新設)</u>	
13	<u>承 認</u> <u>国民健康保険料減免</u> <u>決定通知書</u> <u>不承認</u>	<u>第16条</u>	13	<u>国民健康保険料徴収猶予取消通知書</u>	<u>第15条第2項</u>
14	国民健康保険料過誤納金還付充当通知書	条例第40条第1項	14	国民健康保険料過誤納金還付充当通知書	条例第40条第1項
15	国民健康保険料過誤納金還付請求書	条例第40条第2項	15	国民健康保険料過誤納金還付請求書	条例第40条第2項
16	削除		16	削除	
17	国民健康保険過料決定書	第18条	17	国民健康保険過料決定書	第18条

改正後

第3号様式

国民健康保険 療養費 支給申請書 特別療養費		押印欄	
(宛先) 川崎市 _____ 区長		(第 _____ 回)	
申請者(世帯主) □□□□-□□□□ 川崎市 _____ 区 氏 名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 _____ () _____		_____ 年 _____ 月 _____ 日	
次のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。		療養月 _____ 年 _____ 月 月分	
給付の割合	7割 8割 9割 10割	保険の種類 (療養を受けた) 被保険者氏名 個人番号 被保険者 記号・番号 生 年 月 日	50— _____ 年 _____ 月 _____ 日
療養種別	1 医科 3 歯科 4 調剤	実 日 数	日 食事回数 _____ 回
点数表	療養に要した 費 円(点)	傷 病 名	
一部負担金		発病又は負傷 年 月 日	年 _____ 月 _____ 日
食事に要した 費 円(点)		傷 病 経 過	
食事標準 負担額		療 養 期 間	年 _____ 月 _____ 日から 年 _____ 月 _____ 日まで
※査定金額A		療 養 期 間	年 _____ 月 _____ 日から 年 _____ 月 _____ 日まで
※支給金額C		療 養 期 間	年 _____ 月 _____ 日から 年 _____ 月 _____ 日まで
病院、診療 所等の名称 及び所在地		療養の給付を 受けることで きなかった理由	

処理欄	
-----	--

☐ 公金受取口座を利用します(利用する場合は口座情報の記入不要)。 ☐ 次のとおり口座振込を依頼します。	
振込先	銀行 支店 信用金庫 農 協 支店コード _____ 口座名義人 _____

※世帯主名義の口座以外の口座に振込を希望する場合は、次の委任状を記入してください。
 委任者(世帯主) 氏名の欄には、世帯主本人が氏名を自署(自署できない場合は記名押印)してください。

委任状	上記療養費の受領に関する権限を委任します。 委任者(世帯主) 氏名 _____ 受任者(口座名義人) 氏名 _____ 処理欄
-----	--

療第 _____ 号

改正前

第3号様式

国民健康保険 療養費 支給申請書 特別療養費		押印欄	
(宛先) 川崎市 _____ 区長		(第 _____ 回)	
申請者(世帯主) □□□□-□□□□ 川崎市 _____ 区 氏 名 _____ 個人番号 _____		_____ 年 _____ 月 _____ 日	
電話番号 _____ () _____		療養月 _____ 年 _____ 月 月分	
次のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。			
給付の割合	7割 8割 9割 10割	保険の種類 (療養を受けた) 被保険者氏名 個人番号 被保険者 記号・番号 生 年 月 日	50— _____ 年 _____ 月 _____ 日
療養種別	1 医科 3 歯科 4 調剤	実 日 数	日 食事回数 _____ 回
点数表	療養に要した 費 円(点)	傷 病 名	
一部負担金		発病又は負傷 年 月 日	年 _____ 月 _____ 日
食事に要した 費 円(点)		傷 病 経 過	
食事標準 負担額		療 養 期 間	年 _____ 月 _____ 日から 年 _____ 月 _____ 日まで
※査定金額A		療 養 期 間	年 _____ 月 _____ 日から 年 _____ 月 _____ 日まで
※支給金額C		療 養 期 間	年 _____ 月 _____ 日から 年 _____ 月 _____ 日まで
病院、診療 所等の名称 及び所在地		療養の給付を 受けることで きなかった理由	

処理欄	
-----	--

次のとおり口座振込を依頼します。	
振込先	銀行 支店 信用金庫 農 協 支店コード _____ 口座名義人 _____

※世帯主名義の口座以外の口座に振込を希望する場合は、次の委任状を記入してください。
 委任者(世帯主) 氏名の欄には、世帯主本人が氏名を自署(自署できない場合は記名押印)してください。

委任状	上記療養費の受領に関する権限を委任します。 委任者(世帯主) 氏名 _____ 受任者(口座名義人) 氏名 _____ 処理欄
-----	--

療第 _____ 号

第4号様式

押 印 欄										
国民健康保険出産育児一時金支給申請書										
.....年.....月.....日										
(宛先) 川崎市.....区長 [申請人(世帯主)]										
(郵便番号) 										
川崎市.....区	被保険者記号・番号 50—									
氏 名	分べん被保険者氏名 (出産した母親の氏名)									
電 話 (.....)	出 産 し た 日									
次のとおり国民健康保険出産育児一時金の支給を申請します。										
申 請 金 額 ¥										
出産した母親の6箇月前の健康保険の状況についてお答えください。										
出 産 し た 日 よ り 6 箇 月 前 の 健 康 保 険 の 状 況 ☐ 会社、共済組合等の健康保険(勤務先:)										
☐ 被保険者本人 ☐ 被扶養者: 資格をなくした日										
☐ 川崎市国民健康保険 ☐ 他の国民健康保険(.....市町村・国保組合)										
☐ その他(.....)										
処理欄										
☐ 公金受取口座を利用します(利用する場合は口座情報の記入不要)。 ☐ 次のとおり口座振込を依頼します。										
振 込 先	支店	預金種目	1普通	2当座	口座番号					
	銀行 信用金庫 農 協	支店コード 	フリガナ							
			口座名義人							
※ 世帯主義の口座以外の口座に振込を希望する場合は、次の委任状を記入してください。 委任者(世帯主) 氏名の欄には、世帯主本人が氏名を自署(自署できない場合は記名押印)してください。										
委 任 状	上記出産育児一時金の受領に関する権限を委任します。									
	委任者(世帯主) 氏名					受任者(口座名義人) 氏名				

第4号様式

押 印 欄											
国民健康保険出産育児一時金支給申請書											
.....年.....月.....日											
(宛先)川崎市.....区長 [申請人(世帯主)]											
(郵便番号) 川崎市.....区 氏 名..... 電話.....(.....).....	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">被保険者記号・番号</td> <td style="width: 20%;">50—</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">分べん被保険者氏名 (出産した母親の氏名)</td> </tr> <tr> <td>出 産 し た 日</td> <td></td> <td>年 月 日</td> </tr> </table>	被保険者記号・番号	50—		分べん被保険者氏名 (出産した母親の氏名)			出 産 し た 日		年 月 日	
被保険者記号・番号	50—										
分べん被保険者氏名 (出産した母親の氏名)											
出 産 し た 日		年 月 日									
次のとおり国民健康保険出産育児一時金の支給を申請します。											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">申 請 金 額</td> <td style="width: 10%;">¥</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>		申 請 金 額	¥								
申 請 金 額	¥										
出産した母親の6箇月前の健康保険の状況についてお答えください。											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2"> 出 産 し た 日 よ り 6 箇 月 前 の 健 康 保 険 の 状 況 </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;"> ☐会社、共済組合等の健康保険(勤務先:.....) </td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td> ☐被保険者本人 </td> <td> ☐被扶養者:資格をなくした日.....年.....月.....日 </td> </tr> <tr> <td> ☐川崎市国民健康保険 </td> <td> ☐他の国民健康保険(.....市町村・国保組合) </td> </tr> <tr> <td> ☐その他..... </td> <td></td> </tr> </table>		出 産 し た 日 よ り 6 箇 月 前 の 健 康 保 険 の 状 況		☐ 会社、共済組合等の健康保険(勤務先:.....)		☐ 被保険者本人	☐ 被扶養者:資格をなくした日.....年.....月.....日	☐ 川崎市国民健康保険	☐ 他の国民健康保険(.....市町村・国保組合)	☐ その他.....	
出 産 し た 日 よ り 6 箇 月 前 の 健 康 保 険 の 状 況											
☐ 会社、共済組合等の健康保険(勤務先:.....)											
☐ 被保険者本人	☐ 被扶養者:資格をなくした日.....年.....月.....日										
☐ 川崎市国民健康保険	☐ 他の国民健康保険(.....市町村・国保組合)										
☐ その他.....											
処理欄											
次のとおり口座振込を依頼します。											
振込先	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> 銀行.....支店..... 信用金庫.....支店コード..... 農 協..... </td> <td style="width: 50%;"> 預金種目 1普通 2当座 口座番号..... フリガナ..... 口座名義人..... </td> </tr> </table>	銀行.....支店..... 信用金庫.....支店コード..... 農 協.....	預金種目 1普通 2当座 口座番号..... フリガナ..... 口座名義人.....								
銀行.....支店..... 信用金庫.....支店コード..... 農 協.....	預金種目 1普通 2当座 口座番号..... フリガナ..... 口座名義人.....										
※ 世帯主名義の口座以外の口座に振込を希望する場合は、次の委任状を記入してください。 委任者(世帯主)氏名の欄には、世帯主本人が氏名を自署(自署できない場合は記名押印)してください。 上記出産育児一時金の受領に関する権限を委任します。											
委任状	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> 委任者(世帯主) 氏名..... </td> <td style="width: 50%;"> 受任者(口座名義人) 氏名..... </td> </tr> </table>	委任者(世帯主) 氏名.....	受任者(口座名義人) 氏名.....								
委任者(世帯主) 氏名.....	受任者(口座名義人) 氏名.....										

改正後

第 5 号様式

押印欄																
国民健康保険葬祭費支給申請書																
年 月 日																
(宛先) 川崎市 区長																
【申請人(葬祭を行う者)】																
(郵便番号)	被 保 険 者															
川崎市.....区.....	記 号 ・ 番 号 50—															
氏名.....	世 帯 主 の 氏 名															
電話.....(.....)	死 亡 し た 方 (被 保 険 者) の 氏 名															
	死 亡 年 月 日 年 月 日															
	葬 祭 年 月 日 年 月 日															
	申 請 人 か ら み た 死 亡 し た 方 の 続 柄															
次のとおり国民健康保険葬祭費の支給を申請します。																
申請金額 ￥																
死亡した被保険者の状況についてお答えください。																
死亡した日より3箇月前の健康保険の状況																
☐ 会社、共済組合等の健康保険(勤務先:.....) ☐ 被保険者本人 ☐ 被扶養者:資格をなくした日 年 月 日 ☐ 川崎市国民健康保険 ☐ 他の国民健康保険(市町村・国保組合) ☐ その他(.....)																
傷病手当金又は出産手当金の継続給付の状況																
☐ 死亡した日又は死亡した日より3箇月前に傷病手当金又は出産手当金の支給を受けていた。																
処理欄																
☐ 公金受取口座を利用します(利用する場合は口座情報の記入不要)。 ☐ 次のとおり口座振込を依頼します。																
振 込 先	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>銀 行 支店</td> <td>預金種目</td> <td>1普通</td> <td>2当座</td> <td>口座番号</td> </tr> <tr> <td>信用金庫</td> <td>フリガナ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>農 協</td> <td>口座名義人</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	銀 行 支店	預金種目	1普通	2当座	口座番号	信用金庫	フリガナ				農 協	口座名義人			
銀 行 支店	預金種目	1普通	2当座	口座番号												
信用金庫	フリガナ															
農 協	口座名義人															
※ 葬祭を行う者名義の口座以外の口座に振込を希望する場合は、次の委任状を記入してください。 委任者(葬祭を行う者)氏名の欄には、葬祭を行う者本人が氏名を自署(自署できない場合は記名押印)してください。																
委 任 状	上記葬祭費の受領に関する権限を委任します。 委任者(葬祭を行う者) 氏名..... 受任者(口座名義人) 氏名.....															

改正前

第 5 号様式

押印欄																
国民健康保険葬祭費支給申請書																
年 月 日																
(宛先) 川崎市 区長																
【申請人(葬祭を行う者)】																
(郵便番号)	被 保 険 者															
川崎市.....区.....	記 号 ・ 番 号 50—															
氏名.....	世 帯 主 の 氏 名															
電話.....(.....)	死 亡 し た 方 (被 保 険 者) の 氏 名															
	死 亡 年 月 日 年 月 日															
	葬 祭 年 月 日 年 月 日															
	申 請 人 か ら み た 死 亡 し た 方 の 続 柄															
次のとおり国民健康保険葬祭費の支給を申請します。																
申請金額 ￥																
死亡した被保険者の状況についてお答えください。																
死亡した日より3箇月前の健康保険の状況																
☐ 会社、共済組合等の健康保険(勤務先:.....) ☐ 被保険者本人 ☐ 被扶養者:資格をなくした日 年 月 日 ☐ 川崎市国民健康保険 ☐ 他の国民健康保険(市町村・国保組合) ☐ その他(.....)																
傷病手当金又は出産手当金の継続給付の状況																
☐ 死亡した日又は死亡した日より3箇月前に傷病手当金又は出産手当金の支給を受けていた。																
処理欄																
次のとおり口座振込を依頼します。																
振 込 先	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>銀 行 支店</td> <td>預金種目</td> <td>1普通</td> <td>2当座</td> <td>口座番号</td> </tr> <tr> <td>信用金庫</td> <td>フリガナ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>農 協</td> <td>口座名義人</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	銀 行 支店	預金種目	1普通	2当座	口座番号	信用金庫	フリガナ				農 協	口座名義人			
銀 行 支店	預金種目	1普通	2当座	口座番号												
信用金庫	フリガナ															
農 協	口座名義人															
※ 口座名義人が葬祭を行う者でない場合は、次の委任状に記入してください。																
委 任 状	上記葬祭費の受領に関する権限を委任します。 委任者(葬祭を行う者) 氏名..... 受任者(口座名義人) 氏名.....															

改正後

第 9 号様式

住所
氏名

国民健康保険所得(無所得)申立書

(宛先)川崎市 区長

被保険者番号

現住所	電話 番号
今年1月1日の 住所	左記の住所で申告済 年 月 日
フリガナ	生年月日
世帯主氏名 (納付義務者)	年 月 日

年 月 日

フリガナ 氏名	続柄	給与所得	収入金額等	所得金額	公的年金等(年間受給金額)
生年月日		給与	円	円	国民年金・厚生年金・基金・共済年金等
年 月 日		専従者給与	円	円	非課税年金 (遺族・遺族恩給・障害年金等)
営業・その他事業・不動産・配当 農業・雑・一時・譲渡・山林 (該当する所得に○をつけてください)		収入金額等	必要経費	所得金額	特別控除額
		円	円	円	雑損繰越控除額
収入のなかった方		①失業中 ②学生 ③ ()の扶養家族であった ④その他の場合は()へ記入			

フリガナ 氏名	続柄	給与所得	収入金額等	所得金額	公的年金等(年間受給金額)
生年月日		給与	円	円	国民年金・厚生年金・基金・共済年金等
年 月 日		専従者給与	円	円	非課税年金 (遺族・遺族恩給・障害年金等)
営業・その他事業・不動産・配当 農業・雑・一時・譲渡・山林 (該当する所得に○をつけてください)		収入金額等	必要経費	所得金額	特別控除額
		円	円	円	雑損繰越控除額
収入のなかった方		①失業中 ②学生 ③ ()の扶養家族であった ④その他の場合は()へ記入			

フリガナ 氏名	続柄	給与所得	収入金額等	所得金額	公的年金等(年間受給金額)
生年月日		給与	円	円	国民年金・厚生年金・基金・共済年金等
年 月 日		専従者給与	円	円	非課税年金 (遺族・遺族恩給・障害年金等)
営業・その他事業・不動産・配当 農業・雑・一時・譲渡・山林 (該当する所得に○をつけてください)		収入金額等	必要経費	所得金額	特別控除額
		円	円	円	雑損繰越控除額
収入のなかった方		①失業中 ②学生 ③ ()の扶養家族であった ④その他の場合は()へ記入			

フリガナ 氏名	続柄	給与所得	収入金額等	所得金額	公的年金等(年間受給金額)
生年月日		給与	円	円	国民年金・厚生年金・基金・共済年金等
年 月 日		専従者給与	円	円	非課税年金 (遺族・遺族恩給・障害年金等)
営業・その他事業・不動産・配当 農業・雑・一時・譲渡・山林 (該当する所得に○をつけてください)		収入金額等	必要経費	所得金額	特別控除額
		円	円	円	雑損繰越控除額
収入のなかった方		①失業中 ②学生 ③ ()の扶養家族であった ④その他の場合は()へ記入			

改正前

第 9 号様式

住所
氏名

国民健康保険所得(無所得)申立書

(あて先)川崎市 区長

被保険者番号

現住所	電話 番号
今年1月1日の 住所	左記の住所で申告済 年 月 日
フリガナ	生年月日
世帯主氏名 (納付義務者)	年 月 日

印
記名・押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。

フリガナ 氏名	続柄	給与所得	収入金額等	所得金額	公的年金等(年間受給金額)
生年月日		給与	円	円	国民年金・厚生年金・基金・共済年金等
年 月 日		専従者給与	円	円	非課税年金 (遺族・遺族恩給・障害年金等)
営業・その他事業・不動産・配当 農業・雑・一時・譲渡・山林 (該当する所得に○をつけてください)		収入金額等	必要経費	所得金額	特別控除額
		円	円	円	雑損繰越控除額
収入のなかった方		①失業中 ②学生 ③ ()の扶養家族であった ④その他の場合は()へ記入			

フリガナ 氏名	続柄	給与所得	収入金額等	所得金額	公的年金等(年間受給金額)
生年月日		給与	円	円	国民年金・厚生年金・基金・共済年金等
年 月 日		専従者給与	円	円	非課税年金 (遺族・遺族恩給・障害年金等)
営業・その他事業・不動産・配当 農業・雑・一時・譲渡・山林 (該当する所得に○をつけてください)		収入金額等	必要経費	所得金額	特別控除額
		円	円	円	雑損繰越控除額
収入のなかった方		①失業中 ②学生 ③ ()の扶養家族であった ④その他の場合は()へ記入			

フリガナ 氏名	続柄	給与所得	収入金額等	所得金額	公的年金等(年間受給金額)
生年月日		給与	円	円	国民年金・厚生年金・基金・共済年金等
年 月 日		専従者給与	円	円	非課税年金 (遺族・遺族恩給・障害年金等)
営業・その他事業・不動産・配当 農業・雑・一時・譲渡・山林 (該当する所得に○をつけてください)		収入金額等	必要経費	所得金額	特別控除額
		円	円	円	雑損繰越控除額
収入のなかった方		①失業中 ②学生 ③ ()の扶養家族であった ④その他の場合は()へ記入			

フリガナ 氏名	続柄	給与所得	収入金額等	所得金額	公的年金等(年間受給金額)
生年月日		給与	円	円	国民年金・厚生年金・基金・共済年金等
年 月 日		専従者給与	円	円	非課税年金 (遺族・遺族恩給・障害年金等)
営業・その他事業・不動産・配当 農業・雑・一時・譲渡・山林 (該当する所得に○をつけてください)		収入金額等	必要経費	所得金額	特別控除額
		円	円	円	雑損繰越控除額
収入のなかった方		①失業中 ②学生 ③ ()の扶養家族であった ④その他の場合は()へ記入			

改正後

第 1 1 号様式

徴 収 猶 予 申 請 書									
年 月 日									
(宛先)川崎市 区長 様									
住 所									
氏 名									
次のとおり徴収猶予の申請をします。									
納 付 義 務 者	住 所								
	氏 名								
徴 収 猶 予 を 受 け よ う と す る 金 額	科目	調年	課年	期	被保険者番号	未納額	延滞金	計	備考
合 計									
猶予期間	年 月 日 から 年 月 日 まで								
申請事由									
納付計画									
担 保									
備 考									

※ 徴収猶予を受けようとする事由を証明する書類を添付してください

改正前

第 1 1 号様式

国民健康保険料 減 免 申請書 徴収猶予									
年 月 日									
(宛先)川崎市 区長									
川崎市.....区.....町.....丁目.....番.....号.....番地.....方									
(申請人) 氏名..... 世帯主.....									
被保険者記号・番号		50							
減免(徴収猶予)を必要とする保険料		年.....月分から		年.....月分まで.....円					
申 請 の 内 容									
家 族 の 状 況	氏 名	続 柄	年齢	国保加入・非加入の別	職 業	(勤務先名又は学校名)			
	1	世帯主		加・非					
	2			加・非					
	3			加・非					
	4			加・非					
	5			加・非					
	6			加・非					
	7			加・非					
申 請 理 由									
徴 収 猶 予 の 場 合 の 納 付 計 画	納付予定月日	月分	保 険 料	納付予定月日	月分	保 険 料			
	月 日	月分	円	月 日	月分	円			
	月 日	月分	円	月 日	月分	円			
	月 日	月分	円	月 日	月分	円			
	月 日	月分	円	月 日	月分	円			
	月 日	月分	円	月 日	月分	円			
	月 日	月分	円	合 計					

注 世帯主(申請人)氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。

改正後	改正前
第 1 1 号様式の 2 国民健康保険料減免申請書 年 月 日 (宛先) 川崎市 区長 住 所 川崎市 区 申請人氏名 (世帯主) 電 話 番 号 () 被 保 険 者 番 号 減免を必要とする保険料 年度 期から 年度 期分 円 氏 名 続 柄 年齢 国保加入・非加入の別 職 業 (勤 務 先 名) 1 世帯主 加・非 2 加・非 3 加・非 4 加・非 5 加・非 6 加・非 7 加・非 申 請 理 由 ※ 減免を受けようとする事由を証明する書類を添付してください。	(新設)

改正後

第 1 2 号様式

様

徴 収 猶 予 許 可 通 知 書									
第 年 月 日									
川崎市 区長 印									
次のとおり徴収猶予を許可しましたので、通知します。									
納付義務者	住 所								
	氏 名								
徴収猶予を受けようとする金額	科目	調年	課年	期	被保険者番号	未納額	延滞金	計	備考
合 計									
猶予期間	年 月 日 から 年 月 日 まで								
納付計画									
該当条項									
担 保									
申 請 日									
備 考									

改正前

第 1 2 号様式

国民健康保険料減免・徴収猶予

承 認
不承認

決定通知書

川崎市 区

年 月 日

様

川崎市 区長 印

年 月 日付で申請のあった保険料減免・徴収猶予については、次のとおり決定したので通知します。

被保険者番号								
決 定 区 分	承認する				承認しない			
減 免 ・ 徴 収 猶 予 の 別	災 害 給付制限	生活困窮 徴収猶予	所得減少 そ の 他	理由				
減 免								
対象期間								
期	保険料	減免額	決定保険料	期	保険料	減免額	決定保険料	
				合計			円	
(備考)								
徴 収 猶 予								
猶予期間								

この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に神奈川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。この決定の取消しを求める訴え(以下「取消訴訟」といいます。)は、前記の審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に川崎市を被告として(川崎市長が被告の代表者となります。)提起することができます。なお、取消訴訟は、前記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ないこととされていますが、①審査請求をした日から3月を経過しても裁決がないとき、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、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は、裁決を経なくても取消訴訟を提起することができます。

(注)1 減免又は徴収猶予の承認決定通知後、収入の回復その他の事情により世帯の生活状況が変わったときは、速やかに届け出てください。

届出がなく後日確認された場合は、さかのぼって承認を取り消されることがあります。

2 生活困窮又は所得の減少の理由により減免適用をされている世帯で年度を越えて適用を希望される方は、再度減免申請をする必要があります。

改正後

第 1 2 号様式の 2

様

徴 収 猶 予 不 許 可 通 知 書									
					第	年	月	号	日
					川崎市 区長 印				
次のとおり猶予を不許可としましたので、通知します。									
納付義務者	住 所								
	氏 名								
徴収猶予を受けようとする金額	科目	調年	課年	期	被保険者番号	未納額	延滞金	計	備考
	合 計								
不許可の理由									
(注) この処分に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に、神奈川県国民健康保険審査会（場所：県庁内）に対して審査請求をすることができます。この処分の取消しを求める訴え（以下「取消訴訟」といいます。）は、前記の審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に川崎市を被告として（川崎市長が被告の代表者となります。）提起することができます。なお、取消訴訟は、前記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ないこととされていますが、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、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、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は、裁決を経なくても取消訴訟を提起することができます。									

改正前

(新設)

改正後

改正前

第 1 2 号様式の 3

(新設)

様

徴 収 猶 予 取 消 通 知 書									
第 年 月 日 号									
川崎市 区長 印									
次のとおり猶予を取り消しましたので、通知します。									
納付義務者	住 所								
	氏 名								
金 額	料目	調年	課年	期	被保険者番号	未納額	延滞金	計	備考
	合 計								
徴収猶予決定日及び許可通知番号 年 月 日付 第 号									
取消の理由									
備考									
(注) この処分に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に、神奈川県国民健康保険審査会（場所：県庁内）に対して審査請求をすることができます。この処分の取消しを求める訴え（以下「取消訴訟」といいます。）は、前記の審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に川崎市を被告として（川崎市長が被告の代表者となります。）提起することができます。なお、取消訴訟は、前記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ないこととされていますが、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、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、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は、裁決を経なくても取消訴訟を提起することができます。									

改正後

第 1 3 号様式

国民健康保険料減免承認決定通知書

川崎市 区

年 月 日

様

川崎市 区長 印

年 月 日付けで申請のあった保険料減免については、次のとおり決定したので通知します。

被保険者番号			
決定区分		減免事由	
不承認の理由			
対象年度			
減免前の保険料	減免額	減免後の保険料	
備考			

この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に神奈川県国民健康保険審査会（場所：県庁内）に対して審査請求をすることができます。この決定の取消しを求める訴え（以下「取消訴訟」といいます。）は、前記の審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に川崎市を被告として（川崎市長が被告の代表者となります。）提起することができます。なお、取消訴訟は、前記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ないこととされていますが、①審査請求をした日から3月を経過しても裁決がないとき、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、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は、裁決を経ないでも取消訴訟を提起することができます。

(注)1 減免の承認決定通知後、収入の回復その他の事情により世帯の生活状況が変わったときは、速やかに届け出てください。
届出がなく後日確認された場合は、遡って承認が取り消されることがあります。

2 生活困窮又は収入減少の事由により減免適用をされている世帯で年度を越えて適用を希望される方は、再度減免申請をする必要があります。

改正前

第 1 3 号様式

国民健康保険料徴収猶予取消通知書

年 月 日

様

川崎市 区長 印

年 月 日付けで決定した国民健康保険料徴収猶予については、川崎市国民健康保険条例施行規則第14条第1項第 号に該当するため、次のとおり徴収猶予を取り消したので通知します。

徴収猶予を取り消した保険料

年 月分～ 年 月分 円

この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に神奈川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。この決定の取消しを求める訴え（以下「取消訴訟」といいます。）は、前記の審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に川崎市を被告として（川崎市長が被告の代表者となります。）提起することができます。なお、取消訴訟は、前記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ないこととされていますが、①審査請求をした日から3月を経過しても裁決がないとき、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、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は、裁決を経ないでも取消訴訟を提起することができます。

改正後

第 1 5 号様式

国民健康保険料過誤納金還付請求書

(宛先) 川崎市 区長

年 月 日

請求者 (世帯主) 住所・氏名		※ 請求者が世帯主と異なる場合は次の欄に記入してください。 住 所 請求者	
電話番号 ()		被保険者番号	
(還付金額内訳)			
還付金額		還付保険料	+
振込予定日		還付延滞金	+
		還付加算金	
		過誤納理由	

上記の金額の還付を請求します。
次の口座に振込を依頼します。

公金受取口座を利用します。 ☐ 公金受取口座を利用する場合は、□にレ印を記入してください。

公金受取口座を利用されない場合で、登録済振込先口座に記載がある場合はその口座に振込みます。

登録 済 振 込 先 口 座	金融機関	金融機関名 : (コード)	支店名 : (コード)
	口座種別	口座番号	
	口座名義人 カナ		

公金受取口座を利用されない場合で、登録済振込先口座が空欄又は別の口座へ振込を希望される場合は、次の欄に記入してください。

口座名義人カナ	口座名義人氏名
---------	---------

振 込 先 口 座	銀行等 (ゆうちょ銀行を除く。) の場合		ゆうちょ銀行の場合	
	金融機関名	金融機関 コード	口座種別	☐ 通常 ☐ 振替 ☐ 貯蓄
	支店名	支店 コード	番号	
	口座種別	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ 貯蓄	口座番号	記号

※ 口座名義人が請求者と異なる場合は、次の委任状に記入してください。

委 任 状	上記還付金の受領に関する権限を委任します。	
	委任者 (請求者)	受任者 (口座名義人)
	氏名	氏名

お問い合わせ先

改正前

第 1 5 号様式

国民健康保険料過誤納金還付請求書

(宛先) 川崎市 区長		年 月 日	
被保険者番号		住 所	区
還付金額		請求者 (世帯主)	印
(還付金額内訳)		電話番号	()
還付保険料		+	還付延滞金
振込予定日		+	還付加算金
		過誤納理由	

上記の金額の還付を請求します。
次の口座に振込を依頼します。

登 録 済 振 込 先 口 座	金融機関	金融機関名 : (コード)	支店名 : (コード)
	口座種別	口座番号	
	口座名義人 (カタカナ)		

※ 上記振込先口座が空欄の場合又は上記振込先口座を変更する場合は、次の欄に記入してください。

振 込 先 口 座	銀行等 (ゆうちょ銀行を除く。)	金 融 機 関 名		支 店 名	
		金融機関コード		支店コード	
	ゆうちょ銀行	口 座 種 別	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ 貯蓄	口 座 番 号	
		口 座 種 別	☐ 通常 ☐ 振替 ☐ 貯蓄	記 号	
	フリガナ	番 号			
	口座名義人				

※ 口座名義人が世帯主でない場合は、次の委任状に記入してください。

委 任 状	上記還付金の受領に関する権限を委任します。	
	委任者 (世帯主)	受任者 (口座名義人)
	氏名	氏名

お問い合わせ先