

関東信越税理士国民健康保険組合申請書等様式集

国民健康保険被保険者加入申請書	(様式第1号の1 (A))	75
～申請の際の注意事項と添付書類について～	(〃 〃 (A)の手引き)	77
国民健康保険被保険者喪失届出書	(〃 1〃の1 (B))	78
国民健康保険組合の組合員 (75歳以上) 資格取得届出書	(〃 1〃の1 (C))	79
国民健康保険組合の組合員 (75歳以上) 脱退届出書	(〃 1〃の1 (D))	80
資格喪失証明書	(〃 1〃の2)	81
勤務証明書	(〃 1〃の3)	82
㊦国民健康保険法第116条の2 該当・非該当届	(〃 1〃の4 (A))	83
㊧国民健康保険法第116条 <small>該当・非該当 継続住所変更</small> 届	(〃 1〃の4 (B))	84
国民健康保険被保険者証等再交付申請書	(〃 1〃の6)	85
<small>自宅住所 氏名</small> 変更届	(〃 1〃の7)	86
雇用証明書	(〃 1〃の9)	88
事務所関係変更届	(〃 1〃の10)	89
国民健康保険基準収入額適用申請書	(〃 1〃の11)	90
資格喪失届による遅延理由	(〃 1〃の14)	91
被保険者証・高齢受給者証・組合員証添付不能・減失届	(〃 1〃の15)	92
誓約書	(〃 1〃の16)	92-2
国民健康保険療養費支給申請書	(〃 2〃の1)	93
はり・きゅう施術同意書	(〃 2〃の2)	94
施術内容明細書 (はり・きゅう)	(〃 2〃の3)	95
あんま・マッサージ施術同意書	(〃 2〃の4)	96
施術内容明細書 (あんま・マッサージ)	(〃 2〃の5)	97
特定疾病認定申請書	(〃 3〃)	98
国民健康保険高額療養費支給申請書	(〃 4〃)	99
国民健康保険出産育児一時金支給申請書	(〃 5〃)	101
国民健康保険葬祭費支給申請書	(〃 7〃)	102
傷病手当金支給申請書	(〃 8〃)	103
定期健康診断補助金交付申請書	(〃 9〃の2)	104
第三者行為による被害届 (交通事故)	(〃 10〃の1)	105
第三者行為による被害届 (傷害)	(〃 10〃の2)	107
第三者行為による被害届 (動物)	(〃 10〃の3)	108
自損事故による疾病届 (交通事故)	(〃 10〃の4)	109
事故発生状況報告書	(〃 10〃の5)	110
念 書	(〃 10〃の6)	111
国民健康保険高額医療費資金貸付申込書	(〃 11〃)	112
国民健康保険高額医療費資金借用書	(〃 13〃)	113
委 任 状	(〃 14〃)	114
国民健康保険 <small>限度額適用 標準負担額減額</small> 認定申請書	(〃 15〃)	115
<small>限度額適用 標準負担額減額</small> 認定申請書の添付書類 (前期高齢者用)	(〃 15〃の添付書類)	116
国民健康保険食事療養・生活療養標準負担額減額差額支給申請書	(〃 16〃)	117
移送費支給申請書	(〃 17〃)	118
介護保険法施行法第11条第1項該当・非該当届	(〃 18〃)	119
海外療養費診療内容明細書	(〃 19の1)	120
海外療養費領収明細書	(〃 19の2)	121
インフルエンザ予防接種補助金交付申請書	(〃 21〃)	122
インフルエンザ予防接種補助金交付申請書 (事務所一括用)	(〃 21〃の2)	122-2
インフルエンザ予防接種・被接種者一覧	(〃 21〃の2の添付書類)	122-3
人間ドック等補助金交付申請書	(〃 22〃)	123
保養所利用補助金交付申請書	(〃 23〃)	124
保養所利用補助金交付申請書 (事務所一括用)	(〃 23〃の2)	124-2
保養所利用者一覧	(〃 23〃の2の添付書類)	124-3
死亡見舞金支給申請書	(〃 24〃)	125
子宮頸がん予防接種補助金交付申請書	(〃 25〃)	126
ヒブ (Hib) ワクチン接種補助金交付申請書	(〃 26〃)	127
肺炎球菌・水痘・流行性耳下腺炎予防接種補助金交付申請書	(〃 27〃)	128

⑦ 世帯加入状況報告書

住民票に記載されている組合員本人を含む全員の健康保険加入状況を記入してください。

※同一世帯で市町村国保加入者がいる場合は、国民健康保険法第19条に基づき、その家族も包括して加入する必要があります。

※新規加入者の方は、当国保組合加入直前の健康保険を記入してください。

氏名・性別	生年月日	現在加入の健康保険(○を付けてください)					職業	勤務先名称
男 女	T.S H.R . . .	市町村 国保	後期 高齢	税理士 国保	社 保	その他 ()		
男 女	T.S H.R . . .	市町村 国保	後期 高齢	税理士 国保	社 保	その他 ()		
男 女	T.S H.R . . .	市町村 国保	後期 高齢	税理士 国保	社 保	その他 ()		
男 女	T.S H.R . . .	市町村 国保	後期 高齢	税理士 国保	社 保	その他 ()		
男 女	T.S H.R . . .	市町村 国保	後期 高齢	税理士 国保	社 保	その他 ()		
男 女	T.S H.R . . .	市町村 国保	後期 高齢	税理士 国保	社 保	その他 ()		

誓 約 事 項

関東信越税理士国民健康保険組合加入につき、次のとおり誓約します。

- 1、関東信越税理士国民健康保険組規約（以下、規約という）第20条に基づき保険料を賦課期日の翌月1日までに納付します。
- 2、規約第8条の2の規定に該当した場合、速やかに届出します。
- 3、上記1の納付がなく、組合から保険料督促状が届いた場合、規約第22条に基づき督促状1通につき300円を組合に支払います。
- 4、督促状に記載された納付期限を過ぎて保険料を納付した場合、規約第23条により計算された延滞金を組合に支払います。
- 5、保険料滞納が理由もなく6箇月を経過した場合等、規約第11条に基づき除名されても異議申立てしません。
- 6、被保険者の喪失に伴い、規約第10条に基づき被保険者証を14日以内に返却します。

以 上

～申請の際の注意事項と添付書類について～

■注意事項

共通

- ・ 個人番号(マイナンバー)は番号法、国民健康保険法及び施行規則に基づいた事務手続きにおいて必要となります。
- ・ 新規加入者、又は現在加入されている方以外の個人番号(マイナンバー)については、手続き後適正な方法で削除します。
- ・ 異動の際は14日以内に届け出てください。
- ・ 加入者は組合員世帯ごとに申請書を提出してください。
- ・ 健康保険、又は共済組合を脱退し当国保組合に加入する場合は健康保険又は共済組合の資格喪失年月日を確認してください。

組合員

- ・ 被保険者証記号番号の記入は不要です。
- ・ 所属税理士＝勤務税理士となります。(税理士法人の場合、代表社員以外の社員税理士についても「勤務税理士」となります。)
- ・ 税理士事務所、又は税理士法人から給与等が発生している方が「職員」となり得ます。

家族

- ・ 新規加入するには組合員と住民票上、同一世帯に属している必要があります。
- ・ 組合員の被保険者証記号番号を記入してください。

■添付書類について

- ・ 住民票の謄本(世帯全員記載の発行から3ヶ月以内のもの)
- ・ 本人確認書類(以下参照)

●事業主が加入する場合(身元確認書類と番号確認書類が必要)

(1)		(2)			
・ 個人番号カード両面の写し 1通 (番号確認と身元確認の両方が可能)	又は	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> ①番号確認 ・ 通知カードの写し 1通 </td> <td style="vertical-align: middle; text-align: center;">及び</td> <td style="vertical-align: top;"> ②身元確認書類 ・ 運転免許証の写し ・ パスポートの写し ・ 戸籍謄本の写し+年金手帳の写し 上記3点のうちいずれか1通 </td> </tr> </table>	①番号確認 ・ 通知カードの写し 1通	及び	②身元確認書類 ・ 運転免許証の写し ・ パスポートの写し ・ 戸籍謄本の写し+年金手帳の写し 上記3点のうちいずれか1通
①番号確認 ・ 通知カードの写し 1通	及び	②身元確認書類 ・ 運転免許証の写し ・ パスポートの写し ・ 戸籍謄本の写し+年金手帳の写し 上記3点のうちいずれか1通			

●事業主以外の組合員、及びその家族が加入する場合(番号確認書類が必要)

(1)		(2)
・ 個人番号カード裏面の写し 1通	又は	・ 通知カードの写し 1通

※法人事業所の代表社員・無限責任社員・従業員については、健康保険法第3条1項第8号に基づき、加えて健康保険被保険者適用除外承認申請書の提出が必要となります。

太枠内を必ず記入してください。
 ●組合員が喪失する場合…①・②・④・⑤・⑥・⑦を記入
 (家族が同時喪失する場合は③も記入)
 ●家族が喪失する場合…①・③・④・⑤・⑥・⑦を記入

専務理事	事務長		係

国民健康保険被保険者喪失届出書

① 被保険者証記号		番号	
加入者氏名	資格区分	組合員との続柄	性別 生年月日 個人番号 (マイナンバー)
② 組合員 フリガナ	税理士 勤務税理士 職員	本人	男 女 S H R . . .
フリガナ	家族		男 女 S H R . . .
③ 家族 フリガナ	家族		男 女 S H R . . .
フリガナ	家族		男 女 S H R . . .
フリガナ	家族		男 女 S H R . . .
④ 喪失年月日	令和 <input style="width: 30px;" type="text"/> 年 <input style="width: 30px;" type="text"/> 月 <input style="width: 30px;" type="text"/> 日		退会、退職又は死亡日
④ 喪失理由	1. 死亡 2. 社保加入 3. 市町村国保加入 4. その他 ()		令和 年 月 日
※死亡以外は、その後加入の保険に○を付けてください			
⑥ 申請人記入欄	上記のとおり必要書類 (被保険者証・高齢受給者証・限度額認定証) を添えて届出します。 ・必要書類を添付できない場合は、裏面⑧を記入し保険給付事故が発生した場合は解決の責を負います。 ・喪失年月日が届出日から3ヶ月以上遡る場合は、裏面⑨を記入し提出します。 ・下記、事業主及び事業主である社員税理士に本申請事務を委任します。(個人番号含む) 令和 年 月 日 自宅住所 〒 <input style="width: 150px;" type="text"/> 電話番号 (<input style="width: 50px;" type="text"/>) 個人番号 (マイナンバー) 申請人(組合員) 氏名 <input style="width: 100px;" type="text"/> (印) <input style="width: 60px;" type="text"/>		
⑦ 事業主記入欄	関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 ・上記の者に保険給付事故が発生し、解決の責が負えなかった場合は代わりに解決の責を負います。 ・上記の者の喪失年月日が届出日から3ヶ月以上遡る場合は、上記の者が記入した裏面⑨を確認します。 ・上記、申請人 (組合員) の本申請事務を受任します。(個人番号含む) 事務所所在地 〒 <input style="width: 150px;" type="text"/> 事務所名 <input style="width: 150px;" type="text"/> 電話番号 (<input style="width: 50px;" type="text"/>) 税理士(事業主) 氏名 <input style="width: 100px;" type="text"/> (印) <input style="width: 60px;" type="text"/>		
受付印	入力	限度額認定証	高齢受給者証
処理欄			保険証
(印)			喪失証明書発行を希望する ※市町村国保加入の際に必要となります
			本人自宅宛てに送付
			事務所宛てに送付

⑧ 被保険者証・高齢受給者証添付不能・減失届

被保険者証記号・番号	被保険者氏名	本人との続柄	資格喪失年月日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
被保険者証・高齢受給者証を返却できない詳細な理由			

⑨ 資格喪失届による遅延理由書

被保険者証記号・番号	被保険者氏名	本人との続柄
遅 延 理 由		

～届出の際の注意事項と添付書類について～

■ 注意事項

- ・ 個人番号（マイナンバー）は番号法、国民健康保険法及び施行規則に基づいた事務手続きにおいて必要となります。
- ・ 喪失者の個人番号（マイナンバー）については適正な方法で削除します。
- ・ 異動の際は14日以内に届け出てください。
- ・ 喪失者は組合員世帯ごとに届出書を提出してください。
- ・ 喪失年月日及び理由は必ず記入してください。
※関東信越税理士会退会、税理士事務所退職、死亡の場合はいずれもその翌日が喪失年月日となります。
- ・ 喪失証明書の発行を希望する方はいずれかの送付先に○を付けてください。

■ 添付書類について

- ・ 被保険者証、高齢受給者証（70歳以上75歳未満）、限度額適用認定証（交付者のみ）
※何らかの理由で上記の返却ができない場合は、⑧を記入してください。
※資格喪失年月日が3ヶ月以上遡る場合は⑨を記入し、次に加入した保険者の被保険者証の写しを提出してください。

専務理事	事務長		係

国民健康保険組合の組合員(75歳以上)資格取得届出書

○関東信越税理士国民健康保険組合の組合員資格を取得しますので、組合規約第8条により次のとおり届出いたします。			
組合員証記号・番号	記号	番号	
該当者氏名			性別 男・女
生年月日	大正 年 月 日 昭和		
組合員資格区分 (該当する区分に○をして下さい。)	税理士・勤務税理士・職員		
加入年月日	令和 年 月 日		

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様

令和 年 月 日

	(フリガナ) 事務所所在地 〒			
	(フリガナ) 事務所名	電話番号 ()		
	税理士(事業主) (フリガナ) 氏名		印	
	(フリガナ) 自宅住所 〒	電話番号 ()		
	申請人(組合員) (フリガナ) 氏名		印	

処理欄	区分	控	台帳	証
	取扱印			

※必要書類 「住民票」世帯全員記載のもの。「誓約書」(税理士加入の場合)、
「勤務証明書」(勤務税理士加入の場合)、「雇用証明書」(職員加入の場合)

専務理事	事務長		係

国民健康保険組合の組合員(75歳以上)脱退届出書

○関東信越税理士国民健康保険組合の組合員を脱退しますので、組合同約第9条により次のとおり届出いたします。			
組合員証記号・番号	記号	番号	
該当者氏名			性別 男・女
生年月日	大正 年 月 日 昭和		
組合員資格区分 (該当する区分に○をして下さい。)	税理士・勤務税理士・職員		
脱退年月日	令和 年 月 日		

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様

令和 年 月 日

	(フリガナ) 事務所所在地 〒			
	(フリガナ) 事務所名	電話番号 ()		
	税理士(事業主) (フリガナ) 氏名		印	
	(フリガナ) 自宅住所 〒	電話番号 ()		
	(フリガナ) 申請人(組合員) 氏名		印	

処理欄	区分	控	台帳	証
	取扱印			

※必要書類 「組合員証」

資格喪失証明書

被保険者証の記号・番号		住 所			
被 保 険 者	氏 名	性 別	続 柄	生 年 月 日	
備 考	資格喪失後の療養の給付ならびに出産育児一時金等の給付は行いません。				

上記は、令和 年 月 日当組合被保険者の資格を喪失したことを証明します。

令和 年 月 日

さいたま市大宮区桜木町 4 丁目 376 番地 1
 関東信越税理士国民健康保険組
 理事長 ㊟

勤 務 証 明 書

(フリガナ)
勤務税理士氏名 _____ 印

上記の者は当事務所に勤務致していることを証明します。

令和 年 月 日

(フリガナ)
事務所所在地 〒

(フリガナ)
税理士氏名 _____ 印

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様

※ 勤務税理士の方は届け出てください。

該当する部分を必ず記入してください。
 ○該当届…①, ②, ③, ④, ⑤
 ○非該当届…①, ②, ④, ⑤

専務理事	事務長		係

② 国民健康保険法第116条の2 該当・非該当届

入所又は入院中の被保険者の特例

① 被保険者証	記号			番号											
② 分離者	(フリガナ)				生年月日	年	月	日							
	氏名				性別	男・女									
	個人番号 (マイナンバー)						組合員との 続柄								
	住所	〒													
③ 施設・病院	名称														
	所在地	〒													
④ 該当・非該当年月日	令和 年 月 日														
⑤ 申請人記入欄	関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 上記のとおり必要書類を添えて届出します。 令和 年 月 日														
	事務所名														
	自宅住所 〒				電話番号 ()										
	個人番号 (マイナンバー)														
	申請人(組合員)				⑥ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">:</td><td style="width: 20px;">:</td><td style="width: 20px;">:</td><td style="width: 20px;">:</td> <td style="width: 20px;">:</td><td style="width: 20px;">:</td><td style="width: 20px;">:</td><td style="width: 20px;">:</td> </tr> </table>				:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:								

受付印

処理欄	入力	保険証	高齢受給者証	限度額認定証	回収

(裏面あり)

～届出の際の注意事項と添付書類について～

■注意事項

- ・ 個人番号（マイナンバー）は番号法、国民健康保険法及び施行規則に基づいた事務手続きにおいて必要となります。
- ・ この届は、被保険者が福祉施設への入所・入院を理由に組合員の世帯から転出および転入した際に届け出るものであり、転出していない場合は、入所・入院中の被保険者の特例に該当しません。
- ・ 該当者が新たに分離先を変更した場合は、再度該当届を届け出てください。
- ・ 異動の際は14日以内に届け出てください。
- ・ 申請人は当該世帯の組合員となります。

■添付書類について

手 続 き	添付書類
該 当 (入所・入院のため組合員の世帯から住民票を異動した、または分離先を変更した場合)	<ul style="list-style-type: none">・ 分離先の住民票原本（世帯全員記載のもの）・ 施設入所証明書等・ 被保険者証・ 高齢受給者証（70歳以上75歳未満）・ 限度額適用認定証（交付者のみ）
非該 当 (組合員と同一世帯に戻った場合)	<ul style="list-style-type: none">・ 組合員世帯に戻った住民票原本（世帯全員記載のもの）・ 被保険者証・ 高齢受給者証（70歳以上75歳未満）・ 限度額適用認定証（交付者のみ）

該当する部分を必ず記入してください。
 ○該当届…①, ②, ③, ④
 ○非該当届…①, ②, ④
 ○継続住所変更届…①, ②, ④

専務理事	事務長		係

学 国民健康保険法第116条

該当・非該当 届
 継続住所変更

修学中の被保険者の特例

① 被保険者証	記号		番号											
② 分離者	(フリガナ)													
	氏名													
	個人番号 (マイナンバー)			組合員との 続柄										
	住所	〒												
③ 学校	名称													
	所在地	〒												
	修学年限	年	在学年	学年										
④ 申請人記入欄	関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 上記のとおり必要書類を添えて届出します。 令和 年 月 日 事務所名 自宅住所 〒 電話番号 () 個人番号 (マイナンバー) 申請人(組合員)													
	⑤ <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">:</td><td style="width: 20px;">:</td><td style="width: 20px;">:</td><td style="width: 20px;">:</td><td style="width: 20px;">:</td><td style="width: 20px;">:</td><td style="width: 20px;">:</td><td style="width: 20px;">:</td><td style="width: 20px;">:</td><td style="width: 20px;">:</td> </tr> </table>				:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:				

受付印


処理欄	入力	保険証	回収

(裏面あり)

～届出の際の注意事項と添付書類について～

■注意事項

- ・ 個人番号（マイナンバー）は番号法、国民健康保険法及び施行規則に基づいた事務手続きにおいて必要となります。
- ・ この届は、被保険者が修学を理由に組合員の世帯から転出および転入した際に届け出るものであり、転出していない場合は、修学中の被保険者の特例に該当しません。
- ・ 異動の際は14日以内に届け出てください。
- ・ 申請人は当該世帯の組合員となります。

■添付書類について

手 続 き	添付書類
該 当 (修学のため組合員の世帯から 住民票を異動した、 または就学先を変更した場合)	<ul style="list-style-type: none">・ 分離先の住民票原本（世帯全員記載のもの）・ 就学先の在学証明書原本 または学生証写し（有効期限が明記されたもの）・ 被保険者証
非該 当 (修学を終えて組合員と同一世帯に 戻った場合)	<ul style="list-style-type: none">・ 組合員世帯に戻った住民票原本（世帯全員記載のもの）・ 被保険者証
継続住所変更 (修学中に分離先の住所を 変更した場合)	<ul style="list-style-type: none">・ 変更後の住民票原本（世帯全員記載のもの）・ 被保険者証

該当する部分を必ず記入してください。
 ○住所変更…①, ②, ④, ⑤, 裏面⑥
 ○氏名変更…①, ③, ④, ⑤, 裏面⑥

専務理事	事務長		係

自宅住所 氏名 変更届

※変更するものに○をつけてください。

① 被保険者証	記号			番号				
		変更前			変更後			
② 住所	〒			〒				
③ 氏名変更者	(フリガナ)							
	氏名							
	個人番号 (マイナンバー)	*****						
	(フリガナ)							
	氏名							
	個人番号 (マイナンバー)	*****						
④ 変更年月日	(フリガナ)							
	氏名							
	個人番号 (マイナンバー)	*****						
④ 変更年月日	令和 年 月 日							
⑤ 事業主・申請人記入欄	関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 上記のとおり必要書類を添えて届出します。							
	令和 年 月 日							
	事務所所在地 〒				電話番号 ()			
	事務所名							
	税理士(事業主)				⑥			
	自宅住所 〒				電話番号 ()			
申請人(組合員)				⑥				
				個人番号 (マイナンバー)				

受付印


処理欄	保険証	高齢受給者証	組合員証	限度額認定証	回収

(裏面あり)

⑥ 世帯加入状況報告書

住民票に記載されている**組合員本人を含む全員**の健康保険加入状況を記入してください。

※同一世帯で市町村国保加入者がいる場合は、国民健康保険法第 19 条に基づき、その家族も包括して加入する必要があります。

氏名・性別		生年月日	現在加入の健康保険（○を付けてください）				
男	女	S H R . .	市町村 国保	後期 高齢	税理士 国保	社 保	その他 ()
男	女	S H R . .	市町村 国保	後期 高齢	税理士 国保	社 保	その他 ()
男	女	S H R . .	市町村 国保	後期 高齢	税理士 国保	社 保	その他 ()
男	女	S H R . .	市町村 国保	後期 高齢	税理士 国保	社 保	その他 ()
男	女	S H R . .	市町村 国保	後期 高齢	税理士 国保	社 保	その他 ()
男	女	S H R . .	市町村 国保	後期 高齢	税理士 国保	社 保	その他 ()

～届出の際の注意事項と添付書類について～

■注意事項

- ・ **個人番号（マイナンバー）は番号法、国民健康保険法及び施行規則に基づいた事務手続きにおいて必要となります。**
- ・ 異動の際は 14 日以内に届け出てください。
- ・ 申請人は当該世帯の組合員となります。
- ・ 住民票を異動した際に同一世帯で市町村国保加入者がいる場合は、国民健康保険法第 19 条に基づきその家族も包括して当組合へ加入する必要があります。
- ・ 住民票を異動した際に、組合員と別世帯となった家族については喪失となりますので、喪失の手続きが必要となります。
- ・ 自宅住所の変更にあわせて、事務所所在地も変更となった場合は「様式第 1 号の 10 事務所関係変更届」の届出も必要となります。

■添付書類について

- ・ 住民票原本（世帯全員記載のもの）、被保険者証、高齢受給者証（70 歳以上 75 歳未満）、組合員証（75 歳以上）、限度額適用認定証（交付者のみ）

雇 用 証 明 書

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様

(フリガナ)
職 員 氏 名 _____ ⑩

当事務所において上記の者を、令和 年 月 日より雇用していることを証明
します。

令和 年 月 日

(フリガナ)
事 務 所 所 在 地 〒

(フリガナ)
事 務 所 名

(フリガナ)
税 理 士 氏 名 _____ ⑩

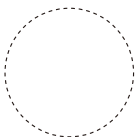
該当する部分を必ず記入してください。
 ○事務所所在地変更…①, ②, ⑤, ⑥
 ○事務所名変更…①, ③, ⑤, ⑥
 ○代表者氏名変更…①, ④, ⑤, ⑥

専務理事	事務長		係

事務所関係変更届

① 被保険者証	記号			番号			
	変更前			変更後			
② 事務所所在地	〒			〒			
TEL	()			()			
③ 事務所名							
④ 代表者氏名							
⑤ 変更年月日	令和 年 月 日						
⑥ 事業主記入欄 (変更後)	関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 上記のとおり必要書類を添えて届出します。 令和 年 月 日 事務所所在地 〒 電話番号 ()						
	事務所名						
	税理士氏名 ⑩						

受付印	処理欄	国保証明日	適用除外入力日	入力	保険証	高齢受給者証	組合員証	限度額認定証	回収



～届出の際の注意事項と添付書類について～

■注意事項

- ・当組合での変更処理については、関東信越税理士会の登録変更確認後となります。
- ・事務所所在地変更にあわせて自宅住所を変更した場合は「様式第 1 号の 7 自宅住所・氏名変更届」の届出も必要となります。
- ・資格区分に変更のある方は、喪失及び再加入の手続きが別途必要となる場合があります。

■添付書類について

手 続 き	添付書類
法人設立による 変更の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の登記簿謄本 ・法人代表者の印鑑証明 ・定款の写し ・誓約書 ・事業主である社員税理士の身元確認書類 ・預金口座振替依頼書（法人名義） ・国民健康保険被保険者適用除外承認申請書 ・勤務証明書（勤務税理士） ・雇用証明書（職員） ・加入者全員分の被保険者証 ・高齢受給者証（70 歳以上 75 歳未満） ・組合員証（75 歳以上） ・限度額適用認定証（交付者のみ）
代替わりによる 代表者の変更	<ul style="list-style-type: none"> ・新代表者の身元確認書類 ・預金口座振替依頼書（新代表者名義） ・勤務証明書（勤務税理士） ・雇用証明書（職員） ・加入者全員分の被保険者証 ・高齢受給者証（70 歳以上 75 歳未満） ・組合員証（75 歳以上） ・限度額適用認定証（交付者のみ）
事務所所在地の変更 (支部変更がある場合のみ)	<ul style="list-style-type: none"> ・加入者全員分の被保険者証 ・高齢受給者証（70 歳以上 75 歳未満） ・組合員証（75 歳以上） ・限度額適用認定証（交付者のみ）

※上記の手続き以外の添付書類については、別途必要となる場合がございますので、届出の際は予め当組合へお問合せください。

専務理事	事務長		係

国民健康保険基準収入額適用申請書

(フリガナ)				被保険者証の			
組合員氏名				記号番号			
生年月日	S H R	年	月	日	電話番号	()	
住所	〒						

被保険者氏名													
個人番号 (マイナンバー)		●●●●	●●●●	●●●●	●●●●	●●●●	●●●●	●●●●	●●●●				
生年月日		S・H	年	月	日	S・H	年	月	日	S・H	年	月	日
年中の収入	公的年金 (老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職金等)	円			円			円					
	給与 (パート収入等含)	円			円			円					
	年金・給与以外の収入 事業収入等 ()収入	円			円			円					
	合計	円			円			円					

(注)

- 市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、同一世帯（同一被保険者証）におられる70歳以上の被保険者の方（65歳以上で後期高齢者医療の障害認定を受けている被保険者の方も含む）それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。
- 収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金及び課税の対象とならない収入（障害又は遺族に係る年金・恩給等・戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等）は除きます。
- 公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し、公的年金及び給与収入額が確認できる所得（課税）証明書等を添付してください。

関東信越税理士国民健康保険組合理事長 様

上記のとおり、関係書類を添えて負担区分判定に係る収入額を申請します。

令和 年 月 日

個人番号（マイナンバー）

申請人（組合員） 氏名

㊞

●●●●	●●●●	●●●●	●●●●
------	------	------	------

※住民税課税標準額が145万円以上あるが、世帯に属する70歳～74歳の方の収入合計が520万円未満（1人世帯の方は383万円未満）のとき申請してください。

※70歳～74歳の方が1人で住民税課税標準額が145万円以上、収入が383万円以上あるが、同一世帯に後期高齢移行者も含めた収入合計が520万円未満のとき証明書類を添えて申請してください。

資格喪失届による遅延理由

保険者証記号・番号	被保険者氏名	続柄
遅延理由		

上記のとおり届出します。

令和 年 月 日

事務所所在地

事務所名

税理士名

印

被保険者証・高齢受給者証・組合員証添付不能・滅失届

保険者証記号・番号	被保険者氏名	続 柄	資格喪失年月日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
			令和 年 月 日
被保険者証・高齢受給者証・組合員証を添付して返却できない詳細な理由			

上記のとおり被保険者証・高齢受給者証・組合員証の添付ができませんので届出いたします。

なお、今回の回収不能被保険者証により保険給付事故発生の場合は、解決の責を負います。

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様

令和 年 月 日

事務所所在地

事務所名

税理士名

印

令和 年 月 日

関東信越税理士国民健康保険組合
理 事 長 様

誓 約 書

関東信越税理士国民健康保険組合加入につき、次のとおり誓約します。

- 1、関東信越税理士国民健康保険組合規約（以下、規約と言う）第 20 条に基づき保険料を賦課期日の翌月 1 日までに納付します。
- 2、規約第 8 条の 2 の規定に該当した場合、速やかに届出します。
- 3、上記 1 の納付がなく、組合から保険料督促状が届いた場合、規約第 22 条に基づき督促状 1 通につき 300 円を組合に支払います。
- 4、督促状に記載された納付期限を過ぎて保険料を納付した場合、規約第 23 条により計算された延滞金を組合に支払います。
- 5、保険料滞納が理由もなく 6 箇月を経過した場合等、規約第 11 条に基づき除名されても異議申立てしません。
- 6、被保険者の喪失に伴い、規約第 10 条に基づき被保険者証を 14 日以内に返却します。

以 上

事務所名（税理士法人名） _____

事業主名（代表社員名） _____ 印

専務理事	事務長		係

国民健康保険療養費支給申請書

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円
被保険者証 記号				番	号		
療養を受けた 被保険者の氏名	昭・平・令 年 月 日生				組	合員との 続 柄	
傷 病 名				発病・負傷 年 月 日	令	和 年 月 日	
発病又は 負傷の原因					発症又は 傷病の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）	
傷病の経過							
診療又は薬剤 の支給を受け た医療機関等 及び所在地	名				所	在 地	
診療又は薬剤 に従事した医 師・薬剤師名	氏				診	療の内容	
診療の期間	自	令	和	年	月	日	日間
	至	令	和	年	月	日	日間
診療に要した 費用の額							円
療養の給付を受 けることができ なかった理由							
申請に必要な 証拠書類	<input type="checkbox"/> 診療報酬証明書（医師より発行） <input type="checkbox"/> 調剤報酬証明書（医師より発行） <input type="checkbox"/> 診断（証明）書（医師より発行） <input type="checkbox"/> 施術同意書（医師より発行） <input type="checkbox"/> 施術内容明細書（整備師より発行）				<input type="checkbox"/> 移送承認申請書 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 領収証（書） <input type="checkbox"/> 診療内容明細書（海外療養費用） <input type="checkbox"/> 領収明細書（海外療養費用）		
振込先 金融機関名					支	店 名 店	
口座番号	普通	番号【右ヅメでご記入ください】			フリガナ		
	当座						
	貯蓄				名 義 人		
備 考							
関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 上記のとおり必要書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 自宅住所 〒 申請人 電話番号 () (組合員) 氏 名							
							印

はり・きゅう施術同意書

患 者	住 所				
	氏 名				
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生
傷 病 名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頰腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頰椎捻挫後遺症	症 状 (主訴を) 含む。)			
発病年月日	令和	年	月	日	
初診年月日	令和	年	月	日	
上記の者について、頭書の疾病により鍼灸の施術を受けることに同意します。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 令和 年 月 日 <hr style="width: 100%; border: 0.5px solid black;"/> </div> 医療機関名 <hr style="width: 80%; margin-left: 20px; border: 0.5px solid black;"/> 所在地 <hr style="width: 80%; margin-left: 20px; border: 0.5px solid black;"/> 医師名 Ⓔ <hr style="width: 80%; margin-left: 20px; border: 0.5px solid black;"/>					

※第1回目申請時に、支給申請書の添付書類として必要となります。

施術内容明細書(はり・きゅう)

(第 〇〇 回目)

被 保 険 者 欄	被保険者証記号・番号				組合員氏名				住 所																							
					⑩																											
	療養を受けた被保険者の氏名			性別	生年月日		組合員との続柄		発症又は傷病の理由																							
				男・女	昭・平・令 年 月 日生				1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）																							
傷 病 名	傷病名				発病又は負傷年月日				発病又は負傷の原因及びその経過																							
					令和 年 月 日																											
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間						実日数		請求区分		転帰																			
	令和 年 月 日		自 令和 年 月 日～至 令和 年 月 日						日		新規・継続		治癒・中止																			
	初傷病名／1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頰腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛傷 6. 頰椎捻挫後遺症										左記傷病の初診年月日																					
											令和 年 月 日																					
	初回	1. はり 2. はり（電気針併用） 3. きゅう 4. きゅう（電気温灸器併用） 5. はり、きゅう併用 6. はり、きゅう併用（電気針・電気温灸器併用）						_____		円		摘 要																				
	2 回 目 以 降	はり						円× 回=		円																						
		はり（電気針併用）						円× 回=		円																						
		きゅう						円× 回=		円																						
		きゅう（電気温灸器併用）						円× 回=		円																						
	はり、きゅう併用						円× 回=		円																							
はり、きゅう併用（電気針・電気温灸器併用）						円× 回=		円																								
往 療 料						円× 回=		円																								
加 算 (km)						円× 回=		円																								
合 計								円																								
施 術 日	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
	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
	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
	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。																															
	令和 年 月 日				所在地				はり師、きゅう師				氏 名 ⑩ 電話番号 ()																			
同 意 記 録	同意医師の氏名		所 在 地				同 意 年 月 日				傷 病 名		要 加 療 期 間																			
							令和 年 月 日																									
再 同 意 記 録	再同意医師の氏名		所 在 地				再 同 意 年 月 日				傷 病 名		要 加 療 期 間																			
							令和 年 月 日																									

■注意事項

- ・「施術内容」欄の傷病名、初回の施術内容については、該当する項目を○で囲んでください。
- ・「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入してください。
- ・初療の日から6ヶ月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は要しません。この場合には、同意をした医師の氏名、所在地、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示等がある場合にはその期間を「同意記録」欄に記入してください。

あんま マッサージ 施術同意書

患 者	住 所				
	氏 名				
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生
傷 病 名	診 療 開始日	令和 年 月 日			病 状 経 過
	転 帰	令和 年 月 日 中止 繰越			
意 見	施 種 別	あんま・マッサージ・変形徒手矯正術			
	範 囲	頭から尾頭までの身幹・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢			
	術 回 数	1 週間 回程度			
	往 療	必要とする ・ 必要としない			
上記について、頭書の疾病によりあんま・マッサージの施術を受けることに同意します。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 令和 年 月 日 </div>					
医療機関名 <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/>					
所在地 <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/>					
医師名 ㊟ <hr style="width: 80%; margin: 5px auto;"/>					

※第1回目の申請時に、支給申請書の添付書類として必要となります。

施術内容明細書(あんま・マッサージ)

(第 〇〇 回目)

被 保 険 者 欄	被保険者証記号・番号				組合員氏名				住 所																							
					㊟																											
	療養を受けた被保険者の氏名				性別	生年月日			組合員との続柄		発症又は傷病の理由																					
					男・女	昭・平・令 年 月 日生					1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）																					
傷病名				発病又は負傷年月日				発病又は負傷の原因及びその経過																								
				令和 年 月 日																												
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間						実日数		請求区分		転帰																			
	令和 年 月 日		自 令和 年 月 日～至 令和 年 月 日						日		新規・継続		治癒・中止																			
	傷病名又は症状										左記傷病の初診年月日																					
											令和 年 月 日																					
											摘 要																					
	マッサージ				円 × 局所 × 回 =				円																							
	変形徒手矯正術				円 × 回 × 回 =				円																							
	温罨法				円 × 回 × 回 =				円																							
	温罨法・電気光線器具				円 × 回 × 回 =				円																							
	往 療 料 加 算 (km)				円 × 回 × 回 =				円																							
				円 × 回 × 回 =				円																								
合 計								円																								
施 術 日	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
	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
	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
	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。										令和 年 月 日																					
	あん摩マッサージ指圧師										所在地																					
										氏 名																						
										㊟ 電話番号 ()																						
同 意 記 録	同意医師の氏名		所 在 地				同 意 年 月 日				傷 病 名		要 加 療 期 間																			
							令和 年 月 日																									
同 意 記 録	再同意医師の氏名		所 在 地				再 同 意 年 月 日				傷 病 名		要 加 療 期 間																			
							令和 年 月 日																									

■注意事項

- ・「施術内容」欄の傷病名、初回の施術内容については、該当する項目を○で囲んでください。
- ・「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入してください。
- ・初療の日から6ヶ月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は要しません。この場合には、同意をした医師の氏名、所在地、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示等がある場合にはその期間を「同意記録」欄に記入してください。

専務理事	事務長		係

特定疾病認定申請書

認定対象者の記入欄	被保険者証記号		番 号	
	氏 名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	住 所			
	個人番号 (マイナンバー)			組合員との続柄
疾 病 名	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			
医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 名 称 医療機関の 所在地 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 医師名 ⑩ </div>			
関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 上記のとおり必要書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 自宅住所 〒 電話番号 () 個人番号 (マイナンバー) 申請人(組合員) 氏名 ⑩				

- | | | |
|---|-----|---------|
| ■注意事項
・個人番号(マイナンバー)は番号法、国民健康保険法及び施行規則に基づいた事務手続きにおいて必要となります。
・なりすまし防止のため申請人である組合員本人の身元確認書類を添付してください。
・慢性腎不全に係る厚生医療券等により当該疾病が明らかである方については、医師の意見欄の記載を要しませんが、代わりにその写しを添付してください。 | 処理欄 | 限 度 額 |
| | | 1万円・2万円 |
- 添付書類について
 ・申請人である組合員本人の身元確認書類(個人番号カードの表面、運転免許証、パスポート等の写し)

国民健康保険高額療養費支給申請書（令和 年 月診療分）

令和 年 月 日

〒

自 宅 住 所

組合員個人番号
(マイナンバー)

--	--	--

申請人（組合員）氏名
電 話 番 号 (.....)

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様
下記のとおり必要書類を添えて申請します。

①被 保 険 者 証 記 号	番 号	
②療養を受けた被保険者の個人番号 (マイナンバー)		
③療養を受けた被保険者の氏名		
④療養を受けた被保険者の生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
⑤組 合 員 と の 続 柄		
⑥傷 病 名		
⑦発 症 又 は 傷 病 の 理 由	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）
⑧療養を受けた医療機関・ 診療所等の名称・所在地	名 称 所 在 地	
⑨診療科目、入院・通院等の区分		
⑩他の制度により自己負担相当額 またはその一部の支給を受けら れるかどうか	受けられる (制度名：) (徴収費用の 有・無) 受けられない	受けられる (制度名：) (徴収費用の 有・無) 受けられない
⑪病 院 等 で 支 払 っ た 金 額	円	円
⑫今回申請の診療月以前1年間に 高額療養費を支給されている月 が3ヶ月以上(※)あるときは その直近3ヶ月の診療月	1平・令 年 月診療分 2平・令 年 月診療分 3平・令 年 月診療分	⑬ 世帯(所得) 区 分 70歳 以上 75歳 未満 世帯 全体
⑭ 振込先金融機関名		支店名 店
口 座 番 号	普通	番号【右ツメでご記入ください】 フリガナ
	当座	名義人
	貯蓄	

処 理 欄	費 用 額	円	支 給 額	円
	自 己 負 担 額	円	既 支 給 額	円
	自 己 負 担 限 度 額	円	支 給 決 定 額	円

※70歳以上の方の外来のみは回数に含みません。

(裏面あり)

～申請の際の注意事項について～

■注意事項

- ・申請書は、診療月ごとに作成してください。
- ・申請書の右上の申請人(組合員)情報と太枠内は必ず記入してください。
- ・②欄は、療養を受けた被保険者の個人番号(マイナンバー)を記入してください。
- ・**個人番号(マイナンバー)は番号法、国民健康保険法及び施行規則に基づいた事務手続きにおいて必要となります。**
- ・⑦欄は、該当する項目に○印をつけてください。
- ・⑩欄は、他の制度により医療費の自己負担相当額またはその一部の支給が受けられるかどうかについて該当する方に○印をつけ、受けられる場合は次に掲げる制度のうち該当するものの記号(「その他」の場合は具体的制度名)を記入してください。また、自己負担相当額の一部について費用を徴収されたか否かについて該当する方に○印をつけてください。

- ア 感染症法(結核)による支給
- イ 更生医療
- ウ 育成医療
- エ 児童福祉法による療育の給付
- オ 原爆被爆者援護法による支給
- カ 精神保健福祉法による支給
- キ 精神通院医療
- ク 麻薬及び向精神薬取締法による支給
- ケ 養育医療
- コ 療養介護医療
- サ 感染症法(新感染症・一類感染症等)による支給
- シ 肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付
- ス 特定疾患治療研究事業
- セ 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業に係る医療の給付
- ソ 児童福祉法による小児慢性特定疾病医療費の支給
- タ 児童福祉法の措置等に係る医療の給付
- チ 難病法による支給
- ツ 特定B型肝炎特別措置法による支給
- テ 石綿健康被害救済法による救済
- ト その他()

- ・⑪欄は、病院等で支払った額のうち、保険診療分に係るものについてのみ記入し、特別室料、歯科で認められている差額徴収額等については除いた金額を記入してください。
- ・⑬欄は、所得判定欄となり、組合が使用するため、記入しないでください。
※具体的な所得証明書類や所得区分の判定、自己負担限度額の計算方法等については当組合のHPまたは国保のしおりを参照してください。
- ・⑭欄は、申請人(組合員)の希望する振込先金融機関情報を記入してください。

専務理事	事務長		係

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円				
被 保 險 者 証 号							番 号				
組 合 員 氏 名											
出 産 者 の 氏 名 及 び 生 年 月 日							昭・平・令	年	月	日	
出 産 者 の 国 保 加 入 年 月							昭・平・令	年	月	日	
出 産 年 月 日				令和			年	月	日	分娩の種類	出産、死産（妊娠 ヶ月）
出 生 児 氏 名							出生児の性別	男・女			
支 給 申 請 金 額	円										
備 考											
関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 上記のとおり必要書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 自宅住所 〒 申 請 人 （組合員） 電話番号 () 氏 名 ⑩											
振 込 先 金 融 機 関 名							支 店 名	店			
口 座 番 号	普通	番号【右ヅメでご記入ください】					フリガナ				
	当座						名 義 人				
	貯蓄										

■注意事項

- ・直接支払制度を利用し、医療機関の代理受領額と出産育児一時金との差額がある場合は、差額分が支給されますので、出産費用の内訳が記載された領収（明細）書の写しを添付して申請してください。
- ・妊娠85日以上であれば、死産または流産の場合も支給されますので、医師の証明書を添付して申請してください。

■添付書類について

- ・出生証明書または住民票の原本
- ・直接支払制度の利用有無がわかる書類の写し

専務理事	事務長		係

国民健康保険葬祭費支給申請書

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円
被保険者証記号				番号			
組合員氏名				組合員との続柄	(例・妻が死亡の場合:妻)		
死亡者氏名				年齢	死亡者の生年月日	昭・平・令	年 月 日
死亡の原因				歳	死亡年月日	令和	年 月 日
死亡の理由	1: 第三者行為 (交通事故等) 2: 業務上の災害 (通勤災害等) 3: その他 (自損事故・疾病等)			葬祭執行日	令和	年 月 日	
支給申請金額	円			組合員以外の申請人(葬祭を行う者)の場合、死亡者との続柄	続柄: (例・子が申請人の場合:子)		
<p>関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様</p> <p>上記のとおり必要書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">自宅住所 〒</p> <p>申請人 (葬祭を行う者) 電話番号 ()</p> <p style="text-align: right;">氏 名 ㊟</p>							
振込先金融機関名				支店名		店	
口座番号		普通	番号【右ヅメでご記入ください】			フリガナ	
		当座					
		貯蓄				名義人	

■注意事項

- ・後期高齢者の組合員が死亡された場合は、様式第24号の「死亡見舞金支給申請書」での申請となります。
- ・喪主または施主の方への支給となりますが、喪主または施主が2名以上いた場合は、別途「誓約書」が必要となりますので、組合にお問合せください。

■添付書類について

- ・死亡診断書の写し
- ・会葬礼状の写し

専務理事	事務長		係

傷病手当金支給申請書

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円	(令和 年 月 診療分)	
被 保 険 者 証 号				番 号					
氏 名				生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	生
国保組合加入年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	資格区分 (○で囲む)	税理士・勤務税理士・職員			
対 象 入 院 期 間	自	令和	年	月	日	日間			
	至	令和	年	月	日	日間			
支 給 申 請 金 額									円 (円 × 日分)
発症または傷病の理由	1：第三者行為 (交通事故等) 2：業務上の災害 (通勤災害等) 3：その他 (自損事故・疾病等)			備 考					
関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 自宅住所 〒 申 請 人 (組合員) 電話番号 () 氏 名 ⑩									
振 込 先 金 融 機 関 名				支 店 名	店				
口 座 番 号	普通	番号【右ヅメでご記入ください】			フリガナ				
	当座				名 義 人				
	貯蓄								

■注意事項

- ・組合に加入1年未満の組合員、後期高齢者の組合員及び家族としてご加入いただいている方は支給対象外となります。
- ・申請書は入院月毎に作成してください。
- ・申請人氏名と振込銀行の名義人は同一にしてください。

■添付書類について

- ・組合員が死亡し、相続人が申請する場合、備考欄に続柄を明記し、申請人欄は相続人の住所、氏名、振込銀行をご記入のうえ、組合員との続柄が確認できるもの(戸籍謄本や会葬礼状)の写しを添付してください。

専務理事	事務長		係

定期健康診断補助金交付申請書

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円

被保険者証・組合員証 記号	組合員証 番号	受診者氏名	資格	生年月日(健診時年齢)	健診日	健診施設への 支払額 (円)	補助金 申請額 (円)
			税・職・家	・ ・ (歳)	・ ・		
			税・職・家	・ ・ (歳)	・ ・		
			税・職・家	・ ・ (歳)	・ ・		
			税・職・家	・ ・ (歳)	・ ・		
			税・職・家	・ ・ (歳)	・ ・		
			税・職・家	・ ・ (歳)	・ ・		
			税・職・家	・ ・ (歳)	・ ・		
			税・職・家	・ ・ (歳)	・ ・		

健診施設名

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 付

事務所所在地

事務所名

申請人
(組合員) 電話番号

組合員氏名

印

振込先金融機関名

支店名

店

口座番号

普通
当座
貯蓄
番号【右ツメでご記入ください】

フリガナ
名義人

※健診費用が10,000円未満の申請にご利用ください。
 ※特定健診対象者・後期高齢者組合員は支給対象外です。

必要書類…【領収書(原本)※健診施設発行のもの】

- ・健診を受けた者とその費用額及び健診日が個別にわかるもの
- ・複数名一括の領収書の場合は、健診を受けた者の氏名とその費用額及び健診日がわかる健診施設発行の「内訳明細書(原本)※事務所作成不可」も添付

専務理事	事務長		係

第三者行為による被害届（交通事故）

被害者	被保険者証記号		番号		組合員との続柄	本人・家族				
	フリガナ				性別	昭和 平成 令和	年 月 日			
	氏名				男・女					
個人番号 (マイナンバー)										
事故の状況	発生日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分 頃								
	発生場所	事故が発生した時の状況								
	事故原因と状況	別紙事故発生状況報告書のとおり			勤務時間内	勤務時間外				
	警察署への届出	届済・未届 (いずれかに○印)								
第三者 (加害者)	フリガナ				性別	昭和 平成 令和	年 月 日			
	氏名				男・女					
	住所	〒			電話番号	自宅	()			
					携帯	()				
	保有者との関係	本人・従業員・親族・その他 ()								
	車の契約者	フリガナ				性別	昭和 平成 令和	年 月 日		
氏名					男・女					
住所		〒			電話番号	自宅	()			
					携帯	()				
契約者との関係	本人・従業員・親族・その他 ()									
自賠責保険	保険会社名(農協共済等)									
	証明書番号				登録番号 (NO.プレート)					
	保険・共済期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日								
	契約者	氏名	〒			電話番号	自宅 ()			
		住所				携帯	()			
任意保険	保険会社名(共済)									
	電話番号				担当者氏名					
示談の状況	有(令和 年 月 日)・無									
<p>関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおり必要書類を添えて届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>自宅住所 〒 電話番号 ()</p> <p>個人番号(マイナンバー)</p> <p>申請人(組合員) 氏名 (印) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>										

～届出の際の注意事項と提出書類について～

■注意事項

- ・個人番号（マイナンバー）は番号法、国民健康保険法及び施行規則に基づいた事務手続きにおいて必要となります。
- ・届出書類上では、相手方を「加害者」または「加害動物」と表記しています。
実務上、過失割合の大小に関わらず、相手方を加害者として取扱います。
- ・相手がいる交通事故の場合、交通事故証明書を基に加害者の自賠責保険の情報を記入してください。また、加害者が任意保険（対人賠償保険）に加入しているかを確認し、加入している場合は必ず情報を記入してください。
- ・交通事故を除く第三者行為（不当な暴力や傷害行為を受けたことによる負傷等や他人の飼っている動物に咬みつかれたことによる負傷等）の場合は、原因・状況を詳細に記入してください。
- ・示談が成立している場合は、示談成立年月日を記入してください。

■提出書類について

事故または負傷の状況	提出書類
相手がいる交通事故	<ul style="list-style-type: none"> ・第三者行為による被害届（交通事故） ・事故発生状況報告書 ・交通事故証明書 ・念書 ・誓約書
不当な暴力や傷害行為を受けたことによる負傷等	<ul style="list-style-type: none"> ・第三者行為による被害届（傷害） ・念書 ・誓約書
他人の飼っている動物に咬みつかれたことによる負傷等	<ul style="list-style-type: none"> ・第三者行為による被害届（動物） ・念書 ・誓約書
単独での交通事故	<ul style="list-style-type: none"> ・自損事故による疾病届（交通事故） ・事故発生状況報告書 ・交通事故証明書

※相手がいる交通事故の場合で交通事故証明書内の照合記録簿の種別が「物件事故」になっている場合は、加えて人身事故証明書入手不能理由書の提出が必要となります。

※示談が成立している場合は、加えて示談書の写しをご提出ください。

※交通事故証明書はできるだけ原本を添付してください。

専務理事	事務長		係

第三者行為による被害届（傷害）

被害者	被保険者証記号		番号		組合員との続柄	本人・家族
	フリガナ				性別	生年月日
	氏名				男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
	個人番号 (マイナンバー)					
事故の状況	受傷日時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分 頃				
	受傷場所					
	受傷原因と状況 (どのようにして受傷したか具体的に記入してください)					
	警察署への届出	届済・未届（いずれかに○印）				
加害者に関する事項	フリガナ				性別	生年月日
	氏名				男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
	住所	〒			電話番号	自宅 ()
					携帯	()
	フリガナ				性別	生年月日
	氏名				男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
	住所	〒			電話番号	自宅 ()
					携帯	()
	加害者との関係					
診療した医療機関等	医療機関等名					
	診療期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日				
診療した医療機関等	医療機関等名					
	診療期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日				
示談の状況	有(令和 年 月 日)・無					
<p>関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおり届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>自宅住所 〒 電話番号 ()</p> <p>個人番号 (マイナンバー)</p> <p>申請人(組合員) 氏名 (印)</p>						

専務理事	事務長		係

第三者行為による被害届（動物）









被害者	被保険者証記号		番号		組合員との続柄	本人・家族						
	フリガナ				性別	昭和 平成 令和						
	氏名				生年月日		年 月 日					
	個人番号 (マイナンバー)											
事故の状況	受傷日時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分 頃										
	受傷場所											
	受傷原因と状況 (どのようにして受傷したか具体的に記入してください)											
	警察署への届出	届済・未届 (いずれかに○印)										
加害動物に関する事項	動物の占有者	フリガナ				性別	昭和 平成 令和					
		氏名				生年月日		年 月 日				
		住所	〒			電話番号	自宅 ()					
	動物の所有者	フリガナ				性別	昭和 平成 令和					
		氏名				生年月日		年 月 日				
		住所	〒			電話番号	自宅 ()					
	加害動物の占有者との関係											
診療した医療機関等	医療機関等名											
	診療期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日										
診療した医療機関等	医療機関等名											
	診療期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日										
示談の状況	有(令和 年 月 日)・無											
<p>関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおり届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>自宅住所 〒 電話番号 ()</p> <p>個人番号 (マイナンバー)</p> <p>申請人(組合員) 氏名 (印) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>												

専務理事	事務長		係

自損事故による疾病届（交通事故）

受 傷 者	被保険者証記号		番 号		組 合 員 との続柄	本人・家族
	フリガナ		性 別	生 年 日	昭和 平成 令和	年 月 日
	氏 名		男・女	月 日		
受 傷 の 原 因 ・ 状 況 等	受 傷 日 時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分 頃				
	受 傷 場 所					
	受 傷 の 原 因 (該当するものを○で囲む)	わき見・いねむり・スピードの出しすぎ (km/h) 飲酒運転・酒気帯び運転・無免許・路面スリップ その他 ()				
	受 傷 の 状 況 (どのようにして受傷したのか、又は、何が原因で事故を引き起こしたのか具体的に記入してください)					
	運 転 を す る に 至 っ た 理 由					
	警 察 署 へ の 届 出	届 済 ・ 未 届 (いずれかに○印)				
同 乗 者	同乗者の有無	有 ・ 無				
	フリガナ		性 別	生 年 日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	氏 名		男・女	月 日		
	住 所	〒		電話番号(自宅)		
	連絡先(勤務先)		電話番号(勤務先)			
診 療 し た 医 療 機 関 等	医 療 機 関 等 名					
	診 療 期 間	自 令 和 年 月 日 至 令 和 年 月 日				
行 政 処 分 の 内 容	医 療 機 関 等 名					
	診 療 期 間	自 令 和 年 月 日 至 令 和 年 月 日				
<p>関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様</p> <p>国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおり必要書類を添えて届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>自宅住所 〒 電話番号 ()</p> <p>申請人(組合員) 氏名 (印)</p>						

事故発生状況報告書

交通事故 発生日時	令和 年 月 日	当 事 者	甲(加害運転者)	氏 名 (電話番号)		
自動車の番号			乙(被害者)	氏 名 (電話番号)	運転・同乗 歩行・その他	
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方	
道路状況	舗装 { してある } してない	歩道 (両・片) { ある } ない	直線・カーブ			
	平坦・坂	見通し { 良い } 悪い	積雪路・凍結路			
信号又は標識	舗装 { ある } ない	駐停車禁止 { されている } されていない	その他標識			
速 度	甲車両 km/h(制限速度 km/h)	乙車両 km/h(制限速度 km/h)				
事故現場に於ける自動車と被害者との状況を図示してください。	事故発生状況略図 (道路幅を m で記入してください。)					
	自動車  相手車  進行方向  信号  一時停止  人間  自転車  オートバイ 					
上記図の説明を書いてください。						

別紙交通事故証明に補足して上記のとおり報告します。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 ()
 乙との関係 ()

(印)

念 書

令和 年 月 日 () において () の不法行為により () の被った保険事故について、国民健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を国民健康保険法第64条第1項の規定によって保険者が給付の価額の限度において取得、行使し、かつ賠償金を受領することに異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者側から金品を受けたときは受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届出ること。

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様

令和 年 月 日

住 所

氏 名

⑩

貸付内訳	医療機関請求額	C	円	貸付決定	第 号					
	被保険者負担額	D	円		令和 年 月 日					
	高額療養費(C-D)	E	円		理事長	副理事長	専務理事	事務長	課長	係
	貸付額 (E×)	F	円							
	差額 (E-F)	G	円		受付年月日		令和 年 月 日			

国民健康保険高額医療費資金貸付申込書

(令和 年 月 日診療分)

被保険者証記号				番 号					
療養を受けた被保険者	氏 名				性 別	男 ・ 女			
	生年月日	昭・平・令 年 月 日			組合員との続柄				
療養を受けた医療機関等	名 称								
	所 在 地								
療養を受けた期間									
貸付申込額					円	発症または傷病の理由	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）		
関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 上記のとおり必要書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 自宅住所 〒									
申 請 人 (組合員) 電話番号 () 氏 名 ㊟									
振込先金融機関名					支店名	店			
口座番号	普通	番号【右ヅメでご記入ください】			フリガナ				
	当座				名義人				
	貯蓄								

■注意事項

・被保険者ごと、月ごと、医療機関等ごとに作成してください。また、同じ医療機関等で入院と外来がある場合にもそれぞれ作成してください。

■添付書類について

・医療機関等の発行した当該療養に要した保険診療分を把握できる請求書又は領収書

貸付 決定	第			号
	令和	年	月	日

国民健康保険高額医療費資金借用書

借 用 金 額	金	円
---------	---	---

上記金額を借用致しました。

つきましては、借用書を提出します。

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様

令和 年 月 日

自宅住所 〒

電話番号 ()

組合員氏名

①

貸付 決定	第	号
	令和 年 月 日	

委 任 状

私は、関東信越税理士国民健康保険組合 理事長を代理人と定め、
次の権限を委任いたします。

1. 高額医療費（令和 年 月診療分）の受領に関する一切の件
2. 上記の高額医療費をもって、令和 年 月 日に借り受け
た貸付金の償還に充てることの一の件

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様

令和 年 月 日

自宅住所 〒

電話番号 ()

組合員氏名 ⑩

専務理事	事務長		係

(令和 年 月から令和 年 月までにかかる)

国民健康保険 限度額適用
標準負担額減額 限度額適用・標準負担額減額 **認定申請書**

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様

下記のとおり必要書類を添えて申請します。 令和 年 月 日

被保険者証記号		番 号	
組 合 員	住 所		
	氏 名	㊦	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 性別 男・女
	個人番号 (マイナンバー)		発症又は傷病の理由 1:第三者行為(交通事故等) 2:業務上の災害(通勤災害等) 3:その他(自損事故・疾病等)
認 定 対 象 者	氏 名		生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 性別 男・女
	個人番号 (マイナンバー)		組合員との続柄
長 期 入 院	該当・非該当(申請日の前1年間の入院日数が91日以上の場合には長期該当)		

ここから下は長期入院該当者のみご記入ください。 入院日数合計 (日間)

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から	日間
	入院をした医療機関	名 称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から	日間
	入院をした医療機関	名 称	
		所在地	
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平・令 年 月 日から	日間
	入院をした医療機関	名 称	
		所在地	

処 理 欄	判定区分
	Ⅱ・Ⅰ・ア・イ・ウ・エ・オ

■注意事項

- ・個人番号(マイナンバー)は番号法、国民健康保険法及び施行規則に基づいた事務手続きにおいて必要となります。
- ・なりすまし防止のため申請人である組合員本人の身元確認書類を添付してください。

■添付書類について

- ・申請人である組合員本人の身元確認書類(個人番号カード表面、運転免許証、パスポート等の写し)

限度額適用・標準負担額減額認定申請書の添付書類（前期高齢者用）

(フリガナ)				被保険者証					番号					
組合員氏名				記	号									
生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生	電	話	番	号	()					
住 所	〒													

被 保 険 者 氏 名		昭和 平成 令和			昭和 平成 令和			昭和 平成 令和			
		生	年	月	日	生	年	月	日	生	年
令和 年中 の 所 得	公 的 年 金 (高齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職金等)	円			円			円			
	給 与 (パート収入等含)	円			円			円			
	年金・給与以外の収入 事業収入等 () 収入	円			円			円			
	合 計	円			円			円			

- (注)
- 上記については、低所得Ⅰの区分の適用を受けることを希望する場合について記入してください。
低所得Ⅰの区分は、税理士国保に加入している方全員が市町村民税非課税であって、ご本人及び同じ世帯の方それぞれの給与、年金等の収入から必要経費・控除額（年金については控除額65万円）を引いたとき各所得がいずれも0円になる場合に対象となります。
 - 税理士国保に加入している方全員について、それぞれの所得額を公的年金・給与・その他の所得に分けて記入してください。
 - 所得は全て記入してください。ただし、退職金及び租税公課の対象とならない所得（障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等）は除きます。
 - 公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し（受付印のあるもの）等の所得が確認できる書類を添付してください。なお、所得額を確認できる書類がなく、かつ、所得額を証明する書類の発行されていない所得については添付不要です。

※税理士国保に加入している方全員が市町村民税非課税でかつ、前年度の各収入から各控除後の所得金額が0円のみの方が提出してください（所得金額がある方は該当しません。様式第15号のみ提出してください）。

専務理事	事務長		係

国民健康保険食事療養・生活療養標準負担額減額差額支給申請書

被保険者証記号		番 号	
減 額 対 象 者	氏 名	生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和 年 月 日
	個 人 番 号 (マイナンバー)	組 合 員 と の 続 柄	
減額認定証の交付を受けている者		発 行 期 日	令 和 年 月 日
		長 期 該 当 年 月 日	令 和 年 月 日
食事療養または生活療養を受けた 医 療 機 関		名 称	
		所 在 地	
入 院 期 間 (日 数)		令 和 年 月 日 から	日 間
		令 和 年 月 日 まで	(内、外泊等 日)
入院期間に受けた食事療養または生活療養に対し支払った額 (標準負担額)			円
減額認定証の交付申請または提出ができなかった理由			
振込先金融機関名		支店名	店
口 座 番 号	普通	番号【右ツメでご記入ください】	
	当座	フリガナ	
	貯蓄	名義人	
関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 上記のとおり必要書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 自宅住所 〒 電話番号 () 個人番号 (マイナンバー) 申請人(組合員) 氏名 (印)			
処 理 欄	減額対象者の適用区分		I・II・非
	差額支給	① (-) 円 × 食 = 円	支給額 (①+②+③+④) 円
		② (-) 円 × 食 = 円	
		③ (-) 円 × 食 = 円	
		④ (-) 円 × 食 = 円	

■注意事項

・個人番号 (マイナンバー) は番号法、国民健康保険法及び施行規則に基づいた事務手続きに必要となります。

■添付書類について

・入院時の食事療養または生活療養に要した費用の額に関する領収書

専務理事	事務長		係

移送費支給申請書

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円
被保険者証記号				番 号			
移送を受けた被保険者の氏名			男女	個人番号 (マイナンバー)			
組合員との続柄			被保険者の生年月日		昭和 平成 令和 年 月 日		
傷病名及びその原因			発症又は傷病の理由		1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）		
発病または負傷の年月日		令和 年 月 日		移送に要した費用の額		円	
移送経路			(km)				
移送方法			移送年月日		令和 年 月 日		
付添人の氏名及び住所							
振込先金融機関名			支店名		店		
口座番号		普通	番号【右ヅメでご記入ください】			フリガナ	
		当座				名義人	
		貯蓄					
<p>関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 上記のとおり必要書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>自宅住所 〒</p> <p style="text-align: right;">個人番号（マイナンバー）</p> <p>申請人(組合員) 氏名 Ⓜ</p>							

■注意事項

- ・個人番号（マイナンバー）は番号法、国民健康保険法及び施行規則に基づいた事務手続きに必要となります。
 - ・付添人の氏名及び住所については、主治医が意見書により付添人の必要を認めた際に記入してください。
- 添付書類について
- ・主治医の意見書（原本）
※移送を認めた理由、付添人を必要とした理由、移送経路、移送方法及び移送年月日の記載があるもの
 - ・移送に要した費用の額に関する領収書（原本）

専務理事	事務長		係

介護保険法施行法第11条第1項(適用除外に関する経過処置)				該 当 届 非 該 当
被 保 険 者 証 の 記 号 番 号				
被 保 険 者	氏 名			
	住 所			
介護保険法施行法 11 条 第 1 項 の 適 用 を 受 け る に 至 っ た (適 用 を 受 け な く な っ た) 年 月 日			令 和	年 月 日
入 院 又 は 入 院 中 の (入 所 又 は 入 院 し て い た) 施 設	名 称			
	所 在 地			
関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 上記のとおり必要書類を添えて届出します。 令和 年 月 日 事務所名 自宅住所 〒 電話番号 () 申請人(組合員) (印)				

※添付書類 被保険者証又は被保険者資格証明書

(参考) 国民健康保険において介護保険法施行法第 11 条第 1 項の適用を受けるのは次の方です。

1. 身体障害者福祉法第 17 条の 11 第 2 項の規定による支給の決定 (同法第 5 条第 4 項に規定する身体障害者療護施設支援に係るものに限る。) を受けて同法第 17 条の 24 第 1 項の規定により都道府県知事が指定する身体障害者療護施設に入所している方若しくは同法第 18 条第 3 項の規定により身体障害者療護施設に入所している方
2. 児童福祉法第 43 条の 4 に規定する重症心身障害児施設に入所している方
3. 児童福祉法第 27 条の 2 項の厚生大臣が指定する医療機関 (当該指定に係る治療等を行う病床に限る。) に入院している方
4. 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法第 11 条第 1 号の規定により独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園が設置する施設に入所している方
5. 国立及び国立以外のハンセン病療養所に入所している方
6. 生活保護法第 38 条第 1 項第 1 号に規定する救護施設に入所している方
7. 労働者災害補償保険法施行規則第 18 条の 3 の 3 第 3 号に規定する施設 (労災特別介護施設) に入所している方

Form A

海外療養費

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

1. Name of Patient (Last,First) Age (Date of Birth) Sex (Male・Female)
患者名 _____ 年齢 (生年月日) _____ 性別 (男・女) _____
2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases
for the use of National Health Insurance
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号
3. Date of First Diagnosis: D / M / Y _____ / _____ / _____
初診日 日 / 月 / 年 _____ / _____ / _____
4. Duration of Treatment: _____ Days
診療日数 _____ 日
5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization: From _____ / _____ / _____, to _____ (days)
入院 自 _____ / _____ / _____ 至 _____ (日間)
 Outpatient or Home Visit: _____ / _____ / _____
入院外 _____ / _____ / _____
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要
7. Prescription, Operation and Any other treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要
8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes No
治療は事故の障害によるものですか。 はい いいえ
9. Itemized Amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : From B
治療実費 様式 B
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の氏名及び住所
Name 氏名 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____
Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話番号 _____
Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話番号 _____
- Date 日付 : _____ Signature 署名 _____
Attending Physician 担当医
Reference Number of your Medical Record (if applicable)
診療録の番号 _____

Form B

海外療養費

Itemized receipt

領収内容明細書

(1) Fee for initial office visit	初診料	\$	_____
(2) Fee for follow-up office visit	再診料	\$	_____
(3) Fee for home visit	往診料	\$	_____
(4) Fee for hospital visit	入院管理料	\$	_____
(5) Hospitalization	入院費	\$	_____
(6) Consultation	診察費	\$	_____
(7) Operation	手術費	\$	_____
(8) X-ray examination	X線検査費	\$	_____
(9) Medication	医薬費	\$	_____
(10) Anesthetics	麻酔費	\$	_____
(11) Operating room charge	手術室費用	\$	_____
(12) Others (specify)	その他 (項目明記)	\$	_____ \$ _____
(13) Total	合計	\$	_____

Important: Exclude the amountir relevant to the treatment,i-e,extra charge for a bed.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital of Clinic

担当医又は病院事務長の氏名及び住所

Name

名前 : Last First Title
 姓 名 称号

Address : Home 自宅 Phone 電話番号
 住所 : Office 病院又は診療所 Phone 電話番号

Date : _____ Signature
 日付 署名

専務理事	事務長		係

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円
被保険者証又は組合員の記号・番号							
接種を受けた者の氏名				本人・家族の 区 分	接種費用	接種を受けた日	
1				本人・家族			
2				家族			
3				家族			
4				家族			
5				家族			
医療機関証明欄	上記のとおり接種したことを証明します。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 所在地 医療機関 ㊟ 名 称 </div>						
関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 〒 事務所所在地 事務所名 申請人 (組合員) 電話番号 組合員氏名 ㊟ </div>							
振込先金融機関名				支店名		店	
口座番号		普通	番号【右ツメでご記入ください】			フリガナ	
		当座				名義人	
		貯蓄					

※組合員の世帯ごとに申請する場合にご利用ください。
 ※接種を受けられる際は、この書類を医療機関に持参し、太枠の中に証明を受けてください。
 ※裏面の注意事項を必ずお読みになってから申請してください。

○必要書類…【領収書(原本)※利用者が個別にわかる医療機関発行のもの】

医療機関へのお願い

日頃より、当組合の運営にご協力いただきありがとうございます。
 当組合では、保健事業の一環としてインフルエンザ予防接種を受けた被保険者に対し、接種費用の一部を補助しております。
 つきましては、お手数ですが太枠の中に証明くださいますようお願いいたします。

《 注 意 事 項 》

1. 添付書類について

(1) 領収書（原本）

接種を受けた者が個別にわかる医療機関発行の領収書を添付してください。

2. 振込先金融機関口座について

振込先金融機関口座は、接種を受けた者の属する世帯の組合員が開設した金融機関口座となります。

接種を受けた者が家族としてご加入の方の場合でも、当該接種を受けた者が属する世帯の組合員が開設する口座へのお振込みとなります。（家族の方の口座へはお振込できません）

***** 領収書の添付不能又は医療機関の証明を受けられない場合 *****

領収書等を添付できない場合や医療機関から証明を断られた場合は、以下に添付不能理由をご記入のうえ、署名・捺印してください。

領収書（接種証明）・添付不能理由書

添付不能理由	
--------	--

上記のとおり添付書類の添付ができませんので、届出いたします。

申請人氏名 _____ 印

専務理事	事務長		係

インフルエンザ予防接種補助金交付申請書（事務所一括用）

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円

事務所名 (※領収書名義)			
関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 別記のとおり補助金を受けたく、被接種者を代表して申請します。 令和 年 月 日 〒 事務所所在地 事務所名 申請人 電話番号 (事業主) 事業主氏名 ㊟			
振込先金融機関名		支店名	店
口座番号	普通	番号【右ツメでご記入ください】	フリガナ
	当座		名義人
	貯蓄		
医療機関証明欄	別記（ 名）が接種を受けたことを証明いたします。 年 月 日 医療機関名 ㊟		

※事務所でインフルエンザ予防接種を受け、複数名分を一括で申請する場合にご利用ください。
 ※接種を受けられる際は、この書類を医療機関に持参し、太枠の中に証明を受けてください。
 ※裏面の注意事項を必ずお読みになってから申請してください。

- 必要書類…【インフルエンザ予防接種・被接種者一覧（様式第21号の2の添付書類）】
 【領収書（原本）※事務所名義の医療機関発行のもの】

医療機関へのお願い

日頃より、当組合の運営にご協力いただきありがとうございます。
 当組合では、保健事業の一環としてインフルエンザ予防接種を受けた被保険者に対し、接種費用の一部を補助しております。
 つきましては、お手数ですが太枠の中に証明くださいますようお願いいたします。

《 注 意 事 項 》

1. 申請書について

こちらの申請書は、医療機関から事務所名義の領収書を受領し、雇用する組合員及びその家族を一括で申請する場合のものになります。

医療機関から個々の被接種者名義の領収書を受領している場合は、「インフルエンザ予防接種補助金交付申請書」（様式第 21 号）をご利用ください。

2. 添付書類について

- (1) インフルエンザ予防接種・被接種者一覧（様式第 21 号の 2 の添付書類）

補助金を申請する被接種者を全てご記入のうえ、下段に事業主が署名・捺印してください。

- (2) 領収書（原本）

事務所名義の医療機関発行の領収書を添付してください。

3. 振込先金融機関口座について

- (1) 申請人である事業主の方が開設する金融機関口座へ全被接種者分の補助金の一括振込を希望される場合は、当該申請書に振込先金融機関をご記入ください。

- (2) 個々の被接種者へのお振込をご希望の場合は、別紙「インフルエンザ予防接種・被接種者一覧」の各利用者の欄に個別に振込先金融機関をご記入ください。

※利用者が家族としてご加入の方の場合は、当該利用者が属する世帯の組合員が開設する金融機関口座へのお振込となります（家族の方の口座へはお振込できません）

ただし、当該組合員が同時に申請する場合は、ご家族の欄の振込先金融機関口座は省略できます。

インフルエンザ予防接種・被接種者一覧

	被保険者証・組合員証		接種を受けた者の氏名	資格	接種費用	接種を受けた日
	記号	番号				
1				税・職・家	円	
	振込先金融機関名			支店名	店	
	口座番号		普通	番号【右ヅメでご記入ください】	フリガナ	
当座						
		貯蓄				

	被保険者証・組合員証		接種を受けた者の氏名	資格	接種費用	接種を受けた日
	記号	番号				
2				税・職・家	円	
	振込先金融機関名			支店名	店	
	口座番号		普通	番号【右ヅメでご記入ください】	フリガナ	
当座						
		貯蓄				

	被保険者証・組合員証		接種を受けた者の氏名	資格	接種費用	接種を受けた日
	記号	番号				
3				税・職・家	円	
	振込先金融機関名			支店名	店	
	口座番号		普通	番号【右ヅメでご記入ください】	フリガナ	
当座						
		貯蓄				

	被保険者証・組合員証		接種を受けた者の氏名	資格	接種費用	接種を受けた日
	記号	番号				
4				税・職・家	円	
	振込先金融機関名			支店名	店	
	口座番号		普通	番号【右ヅメでご記入ください】	フリガナ	
当座						
		貯蓄				

	被保険者証・組合員証		接種を受けた者の氏名	資格	接種費用	接種を受けた日
	記号	番号				
5				税・職・家	円	
	振込先金融機関名			支店名	店	
	口座番号		普通	番号【右ヅメでご記入ください】	フリガナ	
当座						
		貯蓄				

上記の者がインフルエンザ予防接種を受けたことを証明します。

署名（事業主） _____ 印

※振込口座は、組合員が開設した金融機関口座となります。

専務理事	事務長		係

人間ドック等補助金交付申請書

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円

被保険者証・組合員証		健診を受けた者の氏名	資格	健診施設名	健診日	健診施設への支払額 (円)	補助金申請額 (円)
記号	番号						
			税・職 家・後期		・	・	
			税・職 家・後期		・	・	
			税・職 家・後期		・	・	
			税・職 家・後期		・	・	
			税・職 家・後期		・	・	
			税・職 家・後期		・	・	
			税・職 家・後期		・	・	
			税・職 家・後期		・	・	
			税・職 家・後期		・	・	
			税・職 家・後期		・	・	

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒

事務所所在地

事務所名

申請人
(組合員) 電話番号

組合員氏名

(印)

振込先金融機関名		支店名	店
口座番号	普通	番号【右ヅメでご記入ください】	フリガナ
	当座		名義人
	貯蓄		

※健診費用が10,000円以上の申請にご利用ください。

必要書類…【領収書(原本)※健診施設発行のもの】

- ・健診を受けた者とその費用額及び健診日が個別にわかるもの
- ・複数名一括の領収書の場合は、健診を受けた者の氏名とその費用額及び健診日がわかる健診施設発行の「内訳明細書(原本)※事務所作成不可」も添付

専務理事	事務長		係

保養所利用補助金交付申請書

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円

保養所名							
利用日		年		月		日	
被保険者証・組合員証		記号		番号			
利用者氏名		資格(該当するものに○)		宿泊数		補助金額	
1		税・職・家		泊			
2		税・職・家		泊			
3		税・職・家		泊			
4		税・職・家		泊			
5		税・職・家		泊			
合計						円	

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様
上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 千

事務所所在地

申請人 事務所名

(組合員) 電話番号

組合員氏名

印

振込先金融機関名				支店名		店	
口座番号		普通	番号【右ヅメでご記入ください】		フリガナ		名義人
		当座					
		貯蓄					

証明欄	上記(名 泊)の利用を証明いたします。					
	年		月		日	
保養所施設名						
印						

※組合員の世帯ごとに申請する場合にご利用ください。
 ※組合員の世帯ごとに必要事項を記入のうえ、**利用時に保養所に提出し、必ず証明欄に証明を受けてください。**
 ※裏面の注意事項を必ずお読みになってから申請してください。

○必要書類…【領収書(原本)※利用者が個別にわかる保養所発行のもの】

保養所の方へ

・下段「証明欄」に必ず**利用後人数・泊数及び利用年月日**を記入し、証明をしてください。

《 注 意 事 項 》

1. 添付書類について

(1) 領収書（原本）

利用者が個別にわかる保養所発行の領収書を添付してください。

領収書が保養所発行のものでない場合の添付書類は次のとおりとなります。

各添付書類とも、次の4項目が確認できるものである必要があります。

- | |
|--|
| ・ 利用日
・ 利用者
・ 保養所名（宿泊場所）
・ 利用料金の支払い |
|--|

①旅行代理店の場合：旅行代理店発行の領収書（原本）

②オンライン決済の場合：オンライン上から印刷できる領収書

③ネットバンキングの場合：振込画面を印刷したもの

④団体（〇〇会等）の場合：保養所発行の団体名の領収書（写し可）

団体名簿

※上記4項目が記載されていない場合は、別途確認がとれる書類を必ず添付してください

2. 振込先金融機関口座について

振込先金融機関口座は、利用者が属する世帯の組合員が開設した金融機関口座となります。

利用者が家族としてご加入の方の場合は、当該利用者が属する世帯の組合員が開設する金融機関口座へのお振込となります（家族の方の口座へはお振込できません）

***** 領収書又は添付書類を添付できない場合 *****

領収書等を添付できない場合は、以下に添付不能理由をご記入のうえ、署名・捺印してください。

領収書等・添付不能理由書

添付不能理由	
--------	--

上記のとおり添付書類の添付ができませんので、届出いたします。

申請人氏名 _____ 印

専務理事	事務長		係

保養所利用補助金交付申請書（事務所一括用）

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円

保養所名	
利用日	年 月 日 ~ 月 日
事務所名 <small>（※領収書名義）</small>	

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様
 別記のとおり補助金を受けたく、利用者を代表して申請します。

令和 年 月 日

〒

事務所所在地

事務所名

申請人
（事業主） 電話番号

事業主氏名

⑩

振込先金融機関名		支店名	店
口座番号	普通	番号【右ツメでご記入ください】	フリガナ
	当座		
	貯蓄		名義人

証明欄	別記（ 名 泊）の利用を証明いたします。
	年 月 日
	保養所施設名
	印

- ※事務所で利用し、複数名分を一括で申請する場合にご利用ください。
- ※別紙保養所利用者一覧（様式第23号の2の添付書類）に必要事項を記入のうえ、**利用時に保養所に提出し、必ず証明欄に証明を受けてください。**
- ※裏面の注意事項を必ずお読みになってから申請してください。
- 必要書類…【保養所利用者一覧（様式第23号の2の添付書類）】
 【領収書（原本）※事務所名義の保養所発行のもの】

保養所の方へ
 ・下段「証明欄」に必ず**利用後人数・泊数及び利用年月日**を記入し、証明をしてください。

《 注 意 事 項 》

1. 申請書について

こちらの申請書は、保養所から事務所名義の領収書を受領し、雇用する組合員及びその家族分を一括で申請する場合のものになります。

保養所から個々の利用者名義の領収書を受領している場合は、「保養所利用補助金交付申請書」(様式第 23 号) をご利用ください。

2. 添付書類について

(1) 保養所利用者一覧 (様式第 23 号の 2 の添付書類)

補助金を申請する利用者を全てご記入のうえ、下段に事業主が署名・捺印してください。

(2) 領収書 (原本)

事務所名義の保養所発行の領収書を添付してください。

領収書が保養所発行のものでない場合の添付書類は次のとおりとなります。

各添付書類とも、次の 4 項目が確認できるものである必要があります。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 利用日・ 利用者・ 保養所名 (宿泊場所)・ 利用料金の支払い |
|--|

① 旅行代理店の場合：旅行代理店発行の領収書 (原本)

② オンライン決済の場合：オンライン上から印刷できる領収書

③ ネットバンキングの場合：振込画面を印刷したもの

※上記 4 項目が記載されていない場合は、別途確認がとれる書類を必ず添付してください

3. 振込先金融機関口座について

(1) 申請人である事業主の方が開設する金融機関口座へ全利用者分の補助金の一括振込を希望される場合は、当該申請書に振込先金融機関をご記入ください。

(2) 個々の利用者へのお振込をご希望の場合は、別紙「保養所利用者一覧」の各利用者の欄に個別に振込先金融機関をご記入ください。

※利用者が家族としてご加入の方の場合は、当該利用者が属する世帯の組合員が開設する金融機関口座へのお振込となります (家族の方の口座へはお振込できません)

ただし、当該組合員が同泊し、同時に申請する場合は、ご家族の欄の振込先金融機関口座は省略できます。

保 養 所 利 用 者 一 覧

1	被保険者証・組合員証 記号 番号		利用者氏名	資格 税・職・家	宿泊日数 泊	補助金申請額 円
	振込先金融機関名			支店名		店
	口座番号		普通	番号【右ヅメでご記入ください】		フリガナ
当座					名義人	
貯蓄						
2	被保険者証・組合員証 記号 番号		利用者氏名	資格 税・職・家	宿泊日数 泊	補助金申請額 円
	振込先金融機関名			支店名		店
	口座番号		普通	番号【右ヅメでご記入ください】		フリガナ
当座					名義人	
貯蓄						
3	被保険者証・組合員証 記号 番号		利用者氏名	資格 税・職・家	宿泊日数 泊	補助金申請額 円
	振込先金融機関名			支店名		店
	口座番号		普通	番号【右ヅメでご記入ください】		フリガナ
当座					名義人	
貯蓄						
4	被保険者証・組合員証 記号 番号		利用者氏名	資格 税・職・家	宿泊日数 泊	補助金申請額 円
	振込先金融機関名			支店名		店
	口座番号		普通	番号【右ヅメでご記入ください】		フリガナ
当座					名義人	
貯蓄						
5	被保険者証・組合員証 記号 番号		利用者氏名	資格 税・職・家	宿泊日数 泊	補助金申請額 円
	振込先金融機関名			支店名		店
	口座番号		普通	番号【右ヅメでご記入ください】		フリガナ
当座					名義人	
貯蓄						

※上記、申請者が宿泊したことを証明します。

署名（代表者） _____ 印

※振込口座は、組合員が開設した金融機関口座となります。

専務理事	事務長		係

死亡見舞金支給申請書

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円
組 合 員 証 記 号				番 号			
組 合 員 氏 名				年 齢	死 亡 者 生 年 月 日	明・大・昭	年 月 日
死 亡 の 原 因				歳	死 亡 年 月 日	令和	年 月 日
死 亡 の 理 由	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）			葬 祭 執 行 日	令和	年 月 日	
支 給 申 請 金 額				円	組合員以外の申請人(葬祭を行う者)の場合、死亡者との続柄		続 柄： (例・子が申請人の場合：子)
<p>関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様</p> <p>上記のとおり必要書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">自宅住所 〒</p> <p>申 請 人 (葬祭を行う者) 電話番号 ()</p> <p style="text-align: center;">氏 名 ㊟</p>							
振 込 先 金 融 機 関 名						支 店 名	店
口 座 番 号		普通	番号【右ヅメでご記入ください】			フリガナ	
		当座				名 義 人	
		貯蓄					

■注意事項

- ・75歳未満の被保険者が死亡された場合は、様式第7号の「国民健康保険葬祭費支給申請書」での申請となります。
- ・喪主または施主の方への支給となりますが、喪主または施主が2名以上いた場合は、別途「誓約書」が必要となりますので、当組合にお問合せください。

■添付書類について

- ・死亡診断書の写し
- ・会葬礼状の写し

専務理事	事務長		係

子宮頸がん予防接種補助金交付申請書

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円

接種を受けた者	記号・番号				—				
	氏名								

医療機関 証明欄	接種費用	円							
	(内訳)								
	予防接種を受けた日					接種費用			
	1回目	年	月	日					円
	2回目	年	月	日					円
	3回目	年	月	日					円
上記のとおり接種したことを証明します。									
年 月 日									
所在地									
医療機関									
名称 (印)									

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: center;">〒</div> 事務所所在地 事務所名 申請人 (組合員) 電話番号 組合員氏名 (印)								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

振込先金融機関名					支店名	店
口座番号	普通	番号【右ヅメでご記入ください】			フリガナ	
	当座				名義人	
	貯蓄					

【ご注意】

・ご申請の際は、必要接種回数を満たしたうえで、この書類を医療機関に持参し、太枠の中に証明を受けてください。また、接種を受けた日のわかる**領収書(原本)**を添付してください。

【医療機関へのお願い】

日頃より、当組合の運営にご協力いただきありがとうございます。
 当組合では、保健事業の一環として子宮頸がん予防接種を受けた被保険者に対し、接種費用に応じその一部を補助しております。
 つきましては、お手数ですが太枠の中に接種費用及び接種日をご記入の上、証明くださいますようお願いいたします。

専務理事	事務長		係

ヒブ(Hib)ワクチン接種補助金交付申請書

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円

接種を受けた者	記号・番号				—				
	氏名								

医療機関証明欄	接種費用	円							
	(内訳)								
	予防接種を受けた日					接種費用			
	1回目	年	月	日					円
	2回目	年	月	日					円
	3回目	年	月	日					円
4回目	年	月	日					円	
上記のとおり接種したことを証明します。									
年 月 日									
所在地									
医療機関 (印)									
名称									

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 千

事務所所在地

事務所名

申請人 (組合員) 電話番号

組合員氏名 (印)

振込先金融機関名		支店名	店
口座番号	普通	番号【右ヅメでご記入ください】	フリガナ
	当座		
	貯蓄		名義人

【ご注意】

・接種を受けられる際は、この書類を医療機関に持参し、太枠の中に証明を受け、接種を受けた日のわかる領収書(原本)を添付してください。

【医療機関へお願い】

日頃より、当組合の運営にご協力いただきありがとうございます。

当組合では、保健事業の一環としてヒブ(Hib)ワクチン接種を受けた被保険者に対し、接種費用に応じその一部を補助しております。

つきましては、お手数ですが太枠の中に接種費用及び接種日をご記入の上、証明くださいますようお願いいたします。

専務理事	事務長		係

肺炎球菌・水痘・流行性耳下腺炎予防接種補助金交付申請書

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円

接種を受けた者	記号・番号				—					
	氏名									

ワクチン名	1. 肺炎球菌	2. 水痘	3. 流行性耳下腺炎
※接種したワクチン名に○をつけてください。			

医療機関 証明欄	接種費用	円									
	上記のとおり 年 月 日にワクチンを接種したことを証明します。										
	年 月 日										
所在地											
医療機関 ①											
名称											

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 〒 事務所所在地 事務所名 申請人 (組合員) 電話番号 組合員氏名 ①										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

振込先金融機関名						支店名	店
口座番号	普通	番号【右ツメでご記入ください】				フリガナ	
	当座					名義人	
	貯蓄						

【ご注意】

・接種を受けられる際は、この書類を医療機関に持参し、太枠の中に証明を受け、ワクチン名のわかる領収書(原本)を添付してください。また、ご申請の際は、一人一回につき申請書を一枚ご記入ください。

【医療機関へのお願い】

日頃より、当組合の運営にご協力いただきありがとうございます。
 当組合では、保健事業の一環として肺炎球菌・水痘・流行性耳下腺炎のワクチン接種を受けた被保険者に対し、接種費用に応じその一部を補助しております。
 つきましては、お手数ですが太枠の中に接種費用及び接種日をご記入の上、証明くださいますようお願いいたします。

人身事故証明書入手不能理由書

当事者	運転者 (甲)	住所	電話番号		
		氏名	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日 (才)
		自賠責保険 契約先	自賠責保険 証明書番号	第	号
		登録番号	車台番号		
	被害者 (乙)	住所	電話番号		
		氏名	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日 (才)
		自賠責保険 契約先	自賠責保険 証明書番号	第	号
		登録 車両 番号	事 故 時 態 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
事故発生日時	令和 年 月 日	午前 午後	時 分 頃	天候	
事故発生場所	において				
届出警察	警察(担当官)	届出年月日	令和 年 月 日		
人身事故証明書 入手不能理由					

◇上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。

○ 運転者(甲) 令和 年 月 日

○ 被害者(乙) 住所 _____

○ その他 _____ 電話番号 () _____

() 氏名 _____ (印)

(注) 当該自認欄は、被害者請求(法第16条請求)の場合には、原則運転者(甲)側の方がご記入ください。
加害者請求(法第15条請求)の場合には、原則被害者(乙)側をご記入ください。

(保険会社使用欄)

<input type="checkbox"/> 本理由書および損害立証資料に基づき、人身事故の事実を確認しました。	令和 年 月 日				
<input type="checkbox"/> 損害立証資料のほか、当社の調査に基づき、人身事故の事実を確認しました。 (別紙参照)					
<input type="checkbox"/> その他 ()					
	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px;">責任者</td> <td style="width: 50px;">担当者</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>	責任者	担当者		
責任者	担当者				

誓約書

関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様

貴国民健康保険組合の被保険者（ ）が受けた保険給付は、私の不法行為に基づくものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約します。

- 1 貴組合の国民健康保険の保険給付立替払分については、責任をもって指定された期日に貴組合に返納すること。
- 2 貴組合の書面承諾なしに示談した時は、国民健康保険の保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
- 3 上記1の支払に充てるため 保険会社に対して有する私の契約する自動車損害賠償責任保険から、貴組合が保険給付額を限度として優先的に受領すること。

令和 年 月 日

誓約者 自宅住所
氏名 ⑩

連帯保証人 自宅住所
氏名 ⑩

(注)

- ・印鑑証明を添付して下さい。
- ・連帯保証人は、誓約者と生計を異にする者として下さい。
- ・連帯保証人は、加入している保険会社でもかまいません。