

砂 川 市 規 則 第 1 4 号
令 和 8 年 3 月 3 1 日

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5号様式から別記第7号様式までを次のように改める。

附 則

この規則は、令和8年4月1日から施行する。

国民健康保険療養費支給申請書

支給額 円

上記のとおり療養に要した費用を申請します。

ただし下記内訳のとおり 年 月 日

申請者（世帯主）住所

氏名 個人番号

電話番号

北海道砂川市長

様

被保険者 記号・番号			世帯主名				
診療を 受けた人	(フリガナ) 氏 名		個人番号		申請者との 続 柄		
	住 所						
	診療期間	自 至					
	発病負傷日				診療 日数	日	
	傷病名						
	受診した 医療機関	名称	()		診療科		
		所在地					
	受診状態	入院・外来	受給証	高齢者3割・高齢者2割・未就学児			
	費用額	円	併用公費又は福祉の名称				
	審査 認定額	円	交通事故等の第三者行為		有	無	
	療養費の 種別						
療養の給付を 受けることが できなかった 理由							
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。						
	振込先	コード	名称	(フリガナ) 口座名義人			
	金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合				
	支店						
	口座種別	普通・当座・その他 ()		口座番号			
点 数			総医療費			支給額	
負担率			一部負担額				

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

年 月 日

国民健康保険給付費等に関する受領を下記の代理人に委任します。

申請者氏名

(世帯主)

代理人住所

代理人氏名 個人番号

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

支給額 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

世帯主住所

氏名 個人番号

電話番号

北海道砂川市長
殿

受取口座	☐ 公金口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ☐ 振込口座を指定する。				
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			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、支給 ・ 貸付 貸付となります。)			
出産の 週(日)数	週(日)				
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 年 月 日 国民健康保険出産育児一時金の受領を下記の代理人に委任します。 世帯主氏名 代理人住所 代理人氏名 個人番号					
確 認	1. 住民異動届による 2. 確認者氏名				

