

上尾市国民健康保険税条例施行規則及び上尾市国民健康保険に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和6年12月2日

上尾市長 畠山 稔

上尾市規則第58号

上尾市国民健康保険税条例施行規則及び上尾市国民健康保険に関する規則の一部を改正する規則

(上尾市国民健康保険税条例施行規則の一部改正)

第1条 上尾市国民健康保険税条例施行規則(昭和52年上尾市規則第16号)の一部を次のように改正する。

第3号様式第3面(裏)を次のように改める。

第3面（裏）

8 国民健康保険税の賦課決定に不服がある場合

1 審査請求について

この納税通知書に記載された国民健康保険税の賦課決定(以下「処分」という。)について不服がある場合は、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か月以内に、上尾市長に対して審査請求をすることができます。

ただし、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か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、上記1の審査請求に対する判決を経た後に、当該審査請求に対する判決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、上尾市を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において上尾市を代表する者は、上尾市長です。

ただし、当該審査請求に対する判決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、当該審査請求に対する判決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、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。

なお、次の①から③までのいずれかに該当するときは、当該審査請求に対する判決を経ないで、この処分の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても判決がないとき。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その他判決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

9 譲渡所得、専従者給与

譲渡所得等は特別控除後の金額を総所得金額に合算し算出します。専従者給与支払額については専従者控除後の金額を総所得金額として算出しますが、専従者はその専従者給与額を自身の給与収入として算出します。

10 延滞金

1 この納税通知書に記載された納期限までに税金を納付しない場合は、納期限の翌日から納付の日までの日数に応じ、当該税額について延滞金額を加算して納付しなければなりません。延滞金の割合は、各年の延滞金特例基準割合(当該年の前年に租税特別措置法第93条第2項の規定により告示された割合に年 %の割合を加算した割合)が年 %に満たない場合には、その年中においては、当該年における延滞金特例基準割合に年 %を加算した割合となります。ただし、納期限の翌日から1月を経過する日までの期間は、当該延滞金特例基準割合に年 %を加算した割合(当該加算した割合が年 %を超える場合には、年 %の割合)となります。

2 延滞金を計算するにあたり、各納期の税額の1,000円未満の端数金額、及び算出した延滞金の額の100円未満の端数金額は切り捨てます。また、各納期の税額が2,000円未満、又は算出した延滞金の額が1,000円未満の場合は延滞金はかかりません。

11 滞納処分

納期限までに完納しないために督促を受け、かつ督促状を発送した日から起算して10日を経過した日までにこの税金を完納しないときは、滞納処分を受けることになります。

12 長期間国民健康保険税の納付がない場合

特別な事情がなく長期間国民健康保険税の納付がない場合、特別療養費の支給対象となります。

ただし、原爆一般疾病医療費の支給を受けることができる者及び18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者、災害その他の特別の事情があると認められた者は除きます。

特別療養費の支給対象者は、保険給付が全額差止められ、医療費を一旦全額自己負担することになります。それでもなお納付がない場合は、差し止めた保険給付の額から国民健康保険税の滞納額を控除することになります。

国民健康保険税を完納した場合や滞納額が著しく減少した場合は、療養の保険給付を行います。


13 社会保険料控除について

1月1日から12月31日までの期間に納付した国民健康保険税は、その年分の確定申告や年末調整及び市・県民税を申告する際に社会保険料控除の対象となります。

金融機関等で納めた領収証書等は、大切に保管し申告の際に提示してください。

なお、1月から12月までの納付額については、翌年1月下旬に上尾市納税課より国民健康保険税納付確認書(社会保険料控除用)をお届けします。

<お問い合わせ先>


上尾市納税課 

14 介護保険料について

国民健康保険加入者で40歳から64歳までの方は介護保険第2号被保険者となり介護納付金(介護保険料)分を納めていただきます。

年度途中で40歳になる方は、40歳の誕生日(1日生まれの方はその前月)から介護納付金分が国民健康保険税の内訳に含まれます。65歳になる方は誕生日の前月(1日生まれの方はその前々月)までの介護納付金分が含まれ、その後は介護保険第1号被保険者としての介護保険料を別途納めていただきます。

・介護保険第1号被保険者(65歳以上)の介護保険料についてのお問い合わせ先

上尾市高齢介護課 

(上尾市国民健康保険に関する規則の一部改正)

第2条 上尾市国民健康保険に関する規則(昭和61年上尾市規則第11号)の一部を次のように改正する。

第7条第5号中「第5条の8第1項」を「第27条の5の4第1項」に改め、同条第6号中「第5条の9第1項」を「第27条の5の5第1項」に改め、同条第7号中「(施行規則第7条の3において準用する場合を含む。)」を削り、「第7条の4第4項」を「第7条の3の2第1項」に改め、同条第8号及び第9号を削る。

第8条(見出しを含む。)中「被保険者証」を「資格確認書」に改める。

第8条の2の見出し中「被保険者証」を「資格確認書」に改め、同条中「第5条の7第1項」を「第27条の5の2第2項」に、「第7号様式の2」を「第6号様式」に改める。

第8条の3中「第7号様式の3」を「第7号様式」に改める。

第1号様式から第3号様式までを次のように改める。

国民健康保険被保険者 資格異動届 (適用開始及び適用終了届) (宛先)上尾市長

受付番号

※太枠内を記入してください

住所	上尾市									
前住所または 転出先の住所	(転出・転入の場合のみ)									
世帯主 氏名	電話番号									
申請者	同上 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他 ()									

被保険者記号番号					
新					
旧					

届出日	年	月	日	入力日	/
-----	---	---	---	-----	---

資格確認書

旧	新
回	回
未	未
期限	期限
回	回
未	未
期限	期限
回	回
未	未
期限	期限
回	回
未	未
期限	期限

フリガナ 加入者氏名	生年月日	性別	マイナ保険証 利用登録	個人番号(12桁)										前住 国保	異動年月日
	昭平令 . .	男・女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	続柄	職業	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日			
	昭平令 . .	男・女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	続柄	職業	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日			
	昭平令 . .	男・女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	続柄	職業	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日			
	昭平令 . .	男・女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	続柄	職業	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日			
	昭平令 . .	男・女	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	続柄	職業	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	年 月 日			

世帯の 種類	普通	対象 確認	特定同一世帯	
	擬制		特定活動(指示書要)	
			個人番号変更(/)	

世帯主 変更	新	
	旧	

得喪区分	取得	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部	異動事由	転入	出生	社保離脱	職権回復	組合離脱	後期離脱	生保廃止	その他
	喪失	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部		転出	死亡	社保加入	職権消除	組合加入	後期障害	生保開始	その他
	<input type="checkbox"/> 変更			世帯合併	氏名変更	世帯分離	世帯主変更	世帯変更	住所変更	その他	

※マイナンバーの保険証利用登録の有無に✓を入れてください。マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限りです。
★電話番号は必要に応じて保険事業に活用します。

第2号様式（第7条関係）

国民健康保険法第116条 該当届
非該当

被保険者記号・番号		該当	年 月 日
		非該当	年 月 日
被 保 険 者	住 所		
	氏 名		
	個 人 番 号		
学 校	名 称		
	所 在 地		
	修 学 年 限	年	
	在 学 年	年	

上記のとおり届けます。

年 月 日

(宛先)

上尾市長

住 所.....
世帯主 氏 名.....
個人番号.....
電 話.....

備考 「学校」の欄には、該当届の場合に記載すること。

第3号様式(第7条関係)

国民健康保険法第116条の2 該当届
非該当

被保険者記号・番号		該当	年 月 日
		非該当	年 月 日
被 保 険 者	住 所		
	氏 名		
	個 人 番 号		
病 院 施 設	名 称		
	所 在 地		

上記のとおり届けます。

年 月 日

(宛先)

上尾市長

住 所.....
世帯主 氏 名.....
個人番号.....
電 話.....

※ 「病院 施設」欄は、非該当時には記載不要です。

第4号様式中「被保険者証又は被保険者資格証明書」を「資格確認書」に改める。

第5号様式から第5号様式の3までを次のように改める。

第5号様式(第7条関係)

特別の事情に関する届

年 月 日

(宛先)

上尾市長

世帯主 住 所.....
氏 名.....
個人番号.....
電 話.....

私は、次の国民健康保険税について納付することができない事情がありますので、国民健康保険法施行規則第27条の5の4第1項若しくは第2項又は第32条の3の規定により、届け出ます。

記

被保険者証の記号番号	—	
納付することができない 国民健康保険税 (年度分)	年税額 円	既納付額 円
	納付することができない税額 第 期分 円	
納付することができない理由(具体的に記載してください。)		

※ 添付書類

- 1 資格確認書
- 2 特別な事情があることを明らかにする書類がある場合は、その書類

第5号様式の2（第7条関係）

原爆一般疾病医療費の支給等に関する届

年 月 日

（宛先）

上尾市長

住 所.....
届出者 氏 名.....
（世帯主）個人番号.....
電 話.....

世帯に属する次の被保険者については、国民健康保険法第54条の3第1項に規定する原爆一般疾病医療費の支給等を受けることができますので（受けることとなりましたので）、国民健康保険法施行規則第27条の5の5第1項又は第2項の規定により届け出ます。

被保険者記号・番号			
原爆一般疾病医療費の支給等を受けることができる（受けることとなった）被保険者の氏名、住所及び個人番号			受けることができる（受けることとなった）原爆一般疾病医療費の支給等の名称
氏 名	住 所	個 人 番 号	

※ 添付書類

- 1 資格確認書
- 2 原爆一般疾病医療費の支給等を受けることができる者であることを証する書類

資格確認書 再交付 申請書

上尾市国民健康保険 資格情報のお知らせ 再通知 申請日: 令和 年 月 日

世帯主	住所	上尾市										
	氏名					電話番号	— —					
	個人番号											

申請者	住所	<input type="checkbox"/> 同上										
	氏名	<input type="checkbox"/> 同上				電話番号	<input type="checkbox"/> 同上 — —					

再交付・再通知を必要とする被保険者

	フリガナ氏名	生年月日	再交付	個人番号
				<input type="checkbox"/> 省略 (世帯主の身分証明書がある場合のみ省略可)
1		昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	
2		昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	
3		昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	
4		昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	
5		昭・平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	

再交付・再通知申請の理由

1. 紛失 2. 盗難 3. 破損 4. その他()

(宛先)上尾市長 上記の理由により、再交付・再通知の申請をします。

紛失した資格確認書等を発見したときには、直ちに返還するとともに、紛失により生ずる事故については一切当方で負担します。

第 6 号様式及び第 7 号様式を次のように改める。

年 月 日

国民健康保険資格確認書の返還を求める通知書

様

上尾市長



国民健康保険資格確認書の返還については 年 月 日付けの通知により予告するとともに、滞納している国民健康保険税の納付についてお願いしたところですが、残念ながら未だに滞納となっています。

つきましては、国民健康保険法施行規則第27条の5の2第1項の規定に基づき、国民健康保険資格確認書の返還を求めますので、次に記載した返還期限までに資格確認書を返還してください。

- 1 返還を求める資格確認書の被保険者記号・番号
- 2 返還期限 年 月 日
- 3 返還先 上尾市役所
所在地
問い合わせ
- 4 返還を求める処分の理由となる根拠条項及び滞納の事実
 - (1) 根拠条項
国民健康保険法施行規則第27条の5の2第1項

(2) 滞納となっている国民健康保険税

年度国民健康保険税			年度国民健康保険税		
期別	滞納額	納期限	期別	滞納額	納期限
第 期	円	年 月 日	第 期	円	年 月 日
第 期	円	年 月 日	第 期	円	年 月 日
第 期	円	年 月 日	第 期	円	年 月 日
第 期	円	年 月 日	第 期	円	年 月 日
第 期	円	年 月 日	第 期	円	年 月 日
第 期	円	年 月 日	第 期	円	年 月 日
合 計	円		合 計	円	

※ 記載しきれない場合には、「別紙のとおり」と記載されています。

※ 上記は 年 月 日現在の滞納額です。本通知と行き違いで納付されている場合は、直ちに申し出てください。

(3) 滞納となっていることについての弁明に対する決定

5 国民健康保険税を納付することができないことについて、国民健康保険法施行令第28条の6に定める特別の事情を有することになった場合又は被保険者が原爆一般疾病医療費の支給等を受けることができる者となった場合は、直ちに、「特別の事情に関する届」又は「原爆一般疾病医療費の支給等に関する届」を提出してください。

教示

1 審査請求について

この処分について不服がある場合は、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か月以内に、埼玉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。

ただし、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か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、上記1の審査請求に対する裁決を経た後に、当該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か月以内に、上尾市を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において上尾市を代表する者は、上尾市長です。

ただし、当該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か月以内であっても、当該審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、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。

なお、次の①から③までのいずれかに該当するときは、当該審査請求に対する裁決を経ないで、この処分の取消しの訴えを提起することができます。

- ① 審査請求があった日の翌日から起算して3か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。

第7号様式（第8条の3関係）

国民健康保険基準収入額適用申請書

（宛先） 上尾市長

年 月 日

（ふりがな） 世帯主氏名			
記号番号		個人番号	
生年月日	年 月 日	電話番号	—
住 所			
〒			

	被保険者氏名			
	個人番号			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	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、退職年金等）	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	給 与 （パート収入等含）	_____ 円	_____ 円	_____ 円
	年金・給与以外の収入 （ _____ ）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、同一世帯の70歳以上75歳未満の被保険者の方（同一世帯の70歳以上75歳未満の被保険者が1人で、市町村民税課税標準額145万円以上かつ収入が383万円以上で、同一世帯の後期高齢者医療制度に移行した旧国民健康保険被保険者を含めた収入の合計が520万円未満の場合は、旧国民健康保険被保険者を含みます。）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記入してください。
- 収入額は、全て記入してください。ただし、退職金及び公租公課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。

第 7 号様式の 2 及び第 7 号様式の 3 を削る。

第 1 2 号様式を次のように改める。

第12号様式(第13条関係)

限度額適用
国民健康保険標準負担額減額認定証交付申請書
限度額適用・標準負担額減額

(宛先)

上尾市長

年 月 日

次のとおり申請します。

被保険者記号・番号			
(申請者 世帯主)	住所		
	氏名		電話番号
	個人番号		
窓口に来られた方の氏名			

限度額適用 減額対象者	氏名			
	個人番号			
	世帯主との 続柄	生年月日	年 月 日	

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(病気や怪我等)
-----------	---

長期入院	該当・非該当
------	--------

①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
	入院をした保険医療機関等	名称		
		所在地		

※ 以下の欄は、記入する必要はありません。

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、
高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

所得区分	ア	エ	低所得者Ⅱ	現役並みⅡ
	イ	オ	低所得者Ⅰ	現役並みⅠ
	ウ			

第17号様式を次のように改める。

国民健康保険療養費兼移送費支給申請書

被保険者 記号・番号	—	個人番号		
療養を受けた 被保険者氏名			世帯主 との続柄	
傷病名				
発病又は負傷 の年月日	年 月 日	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、 診療所、薬局その他の名称及び所在地				
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師 又は薬剤師の氏名				
療養の給付又は保険外併 用療養費の支給を受ける ことができなかった理由 ※該当するものに☑	<input type="checkbox"/> 補装具		<input type="checkbox"/> 保険証未提示(10割)	
	<input type="checkbox"/> 高齢証未提示(3割)		<input type="checkbox"/> 前保険に返還	
	<input type="checkbox"/> はり灸・あん摩・柔整		<input type="checkbox"/> 海外療養費	
療養の給付又は保険外併 用療養費の支給を受ける ことができなかった理由 ※該当するものに☑			発病の理由	
			傷病の経過	
			療養内容	
療養につき算定した費用の額 または移送に要した費用の額			円(※)	※海外療養費の場合の 現地通貨単位
発病又は傷病の理由 ※該当するものに○	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(病気や怪我等)
移送経路	(k m)			
移送方法		移送年月日	年 月 日	
付添人の氏名・住所				
支給金額を次の口座へ振込み願います。(次のいずれかにチェックしてください) <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は、以下の口座情報の記入は不要です) ※公金受取口座の利用を希望する場合は、必ず個人番号を記入してください。 ※代理人を受領する場合は、公金受取口座を利用することはできません。				
<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (以下に口座情報を記入してください)				
振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協		支店 記号	預金種目 普通 口座
口座番号	フリガナ 名義人(世帯主) ※世帯主以外の口座記入 の場合欄外委任欄必須			
備考				
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。				
年 月 日				
(宛先) 上尾市長 申請者 住所 _____				
(世帯主) 氏名 _____				
個人番号 _____				
電 話 _____				

※補装具の申請に当たっては、医師の診断書、費用の額に関する領収書・明細書を添付してください。

※医科・歯科・調剤の申請に当たっては、診療報酬明細書、領収書を添付してください。

※移送費の申請に当たっては、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についての意見書を添付してください。

※付添人の氏名及び住所については、医師又は歯科医師が前述の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。

給受 付領 金委 任代 理状	私が申請した療養費又は移送費の受領を _____ に委任します。 世帯主氏名 _____ ㊟ (世帯主が自署する場合は、押印は不要)
----------------------------	---

第 2 0 号様式を次のように改める。

第20号様式（第20条関係）

国民健康保険特別療養費支給申請書			
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		療養を受けた 被保険者氏名	
		個 人 番 号	
傷 病 名			
療 養 期 間	年 月 日	から	年 月 日 まで 日間
療養を受けた保険医療機関等 又は訪問看護ステーションの 名称及び所在地			
療養につき算定した費用の額	円		

支給金額を次の口座へ振込み願います。（次のいずれかにチェックしてください）

公金受取口座を利用する（利用する場合は、以下の口座情報の記入は不要です）

※公金受取口座の利用を希望する場合は、必ず個人番号を記入してください。

振込口座を指定する（以下に口座情報を記入してください）

振 込 先 金 融 機 関 名			銀 行 信 用 金 庫 農 協 信 用 組 合	支 店 ・ 記 号
	預 金 種 目	普通・当座	口 座 番 号	
フリガナ				
名 義 人				

別紙証拠書類を添えて、上記のとおり申請します。

年 月 日

（宛先）

上尾市長

住 所.....
 申請者 氏 名.....
 （世帯主） 個人番号.....
 電 話.....

第 29 号様式を次のように改める。

第29号様式（第25条関係）

国民健康保険特別療養給付申請書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		世 帯 主 氏 名	
療養の給付、 保険外併用療 養費に係る療 養を受けてい る者	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	世帯主と の 続 柄
	個 人 番 号		
	住 所		
傷 病 名			
資格を喪失した際、受 けていた療養の給付等 を受け始めた年月日	年 月 日		
資格を喪失した際、療 養の給付等を受けてい た療養取扱機関	名 称		
	所在地		
現に療養の給付等を受 けている療養取扱機関	名 称		
	所在地		
上記のとおり特別療養の給付を申請します。			
年 月 日			
(宛先) 上尾市長			
		住 所
		申請者 氏 名
		(世帯主) 個人番号
		電 話	()

附 則

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(上尾市国民健康保険税条例施行規則の一部改正に伴う経過措置)

2 この規則の施行の際、現に交付されている第1条の規定による改正前の上尾市国民健康保険税条例施行規則第3号様式による書類は、第1条の規定による改正後の上尾市国民健康保険税条例施行規則第3号様式によるものとみなす。

(上尾市国民健康保険に関する規則の一部改正に伴う経過措置)

2 この規則の施行の際、現に提出されている第2条の規定による改正前の上尾市国民健康保険に関する規則（以下「旧規則」という。）第1号様式から第5号様式の3まで、第7号様式の3、第12号様式、第17号様式、第20号様式及び第29号様式（以下「旧様式」という。）による書類は、それぞれ第2条の規定による改正後の上尾市国民健康保険に関する規則（以下「新規則」という。）第1号様式から第5号様式の3まで、第7号様式、第12号様式、第17号様式、第20号様式及び第29号様式によるものとみなす。

4 この規則の施行の際、現に交付されている旧規則第7号様式の2による書類は、新規則第6号様式によるものとみなす。

5 この規則の施行の際、現に存する旧様式による用紙については、当分の間、これに所要の修正を加え、なお使用することができる。