

○東松島市国民健康保険一部負担金減免等取扱要綱

平成20年10月1日

訓令甲第47号

東松島市国民健康保険一部負担金の支払免除取扱要綱（平成17年東松島市訓令甲第204号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この訓令は、国民健康保険法（昭和33年法律第192号。以下「法」という。）第44条第1項の規定により、市が行う国民健康保険一部負担金（以下「一部負担金」という。）の減額、免除及び徴収猶予（以下「減免等」という。）について、必要な事項を定めるものとする。

（用語）

第2条 この訓令において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

（1）実収月額 生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による保護の要否判定に用いられる収入認定額をいう。

（2）基準生活費 生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）に規定する生活扶助基準、教育扶助基準及び住宅扶助基準を用いて算出した額（一時扶助に係るものを除く。）をいう。

（世帯）

第3条 同一の住居に居住して生計を一にしている者は、原則として同一の世帯員として認定する。ただし、住居を一にしていない場合であっても、同一世帯として認定することが適当であるときは、同様に認定する。

（対象世帯）

第4条 一部負担金の減免等は、国民健康保険の被保険者であって、次の各号のいずれかに該当したことにより、その生活が著しく困窮し、当該被保険者の属する世帯の所有する資産等の活用を図ったにもかかわらず、一部負担金の支払が困難と認められる世帯（以下「対象世帯」という。）を対象とする。

（1）地震、風水害、火災、その他これらに類する災害（以下「災害」という。）により死亡し、若しくは心身に障害を受けたとき又は資産に重大な損害を受けたとき。

（2）干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これらに類する理由により収入が著しく減少したとき。

（3）事業若しくは業務の休廃止又は失業により、対象世帯の実収月額が前年の平均実収月額と比較して50パーセント以下に減少したとき。

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当しているときは、減免等の対象としない。

（1）対象となる事実が発生した月から6月を経過しているとき。

（2）国民健康保険税を滞納しているとき。

（減額）

第5条 一部負担金の減額は、対象世帯であって、実収月額が基準生活費を超え、かつ、基準生活費の120パーセント以下の場合に行うことができる。

2 前項の規定による一部負担金の減額割合は、次のとおりとする。

（1）実収月額が基準生活費を超え、かつ、基準生活費の110パーセント以下の場合 10分の8

（2）実収月額が基準生活費の110パーセントを超え、かつ、基準生活費の120パーセント以下の場合 10分の6

（免除）

第6条 一部負担金の免除は、対象世帯であって、次の各号のいずれかに該当するときに行うことができる。

（1）対象世帯の実収月額が基準生活費以下のとき。

（2）災害により、居住する家屋が半壊又は半焼以上の損害を受けたとき。ただし、国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第29条の3第1項2号に該当する対象世帯は除く。

（徴収猶予）

第7条 一部負担金の徴収猶予は、前2条の規定に該当する対象世帯であって、次の各号のいずれかに該当するときに行うことができる。

（1）徴収猶予すべき期間内に収入が生ずることが確実であるが、現在一部負担金の支払が困難であるとき。

（2）傷病が治癒又は軽快に至れば資力が回復し、一部負担金を納入できるとき。

2 徴収猶予となった対象世帯の世帯主は、定められた期日までに納付する旨の誓約書を市長に提出しなければならない。

3 徴収猶予された一部負担金は、猶予期間満了日を期日とし、世帯主は納入通知書により全額を納入するものとする。この場合において、一部負担金が期日までに納入されない場合には、東松島市税外諸収入金の督促並びに督促手数料及び延滞金徴収条例（平成17年東松島市条例第53号）に基づき処理するものとする。

(期間)

第8条 一部負担金の減額又は免除の期間は、申請月を含めて1年につき3月以内の期間とする。この場合において、開始日が月の中途であっても当該月を1月とする。

2 前項の規定にかかわらず、当該期間を超えて引続き減額又は免除を行う必要があると市長が認める場合は、世帯主の申請に基づき3月以内を限度として延長することができる。

3 一部負担金の徴収猶予の期間は、申請した日の属する月を含めて3月以内の一部負担金について、6月以内の期間を限って行うものとする。

(申請)

第9条 減免等を受けようとする対象世帯の世帯主は、市長に対し、東松島市国民健康保険一部負担金（減額・免除・徴収猶予）申請書（様式第1号）に減免等を必要とする理由を説明するための資料等を添えて提出しなければならない。申請内容に変更が生じた場合も、同様とする。

2 既に支払われた一部負担金については、減免等の対象としない。

(他制度の優先等)

第10条 他の制度の適用を受けることにより、一部負担金の減免等の措置を受けなくても済むときは、まずその適用を図るよう指導するものとする。

(審査)

第11条 市長は、第9条の申請書を受理したときは、その内容を審査し、必要に応じて法第113条及び法第113条の2の規定に基づき文書の提出、資料の提供若しくは提示を命じ、又は質問を行うことができる。

2 市長は、世帯主の協力が得られず、前項の審査が困難であると判断されるときは、減免等を承認しない。

(決定等)

第12条 市長は、前条の規定による審査をし、その適否を決定したときは、東松島市国民健康保険一部負担金（減額・免除・徴収猶予）（決定・取消）通知書（様式第2号）により通知しなければならない。

2 市長は、前項の規定により、減免等の承認の決定をしたときは、速やかに当該申請者に対し、東松島市国民健康保険一部負担金（減額・免除・徴収猶予）証明書（様式第3号）を交付しなければならない。

(証明書の提出)

第13条 保険医療機関又は保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）において、一部負担金の減免等の承認の決定のあった療養の給付を受けようとするときは、当該療養の給付を受ける者又はその世帯主は、個人番号カード又は資格確認書に前条第2項の証明書を添付して、当該保険医療機関等に提出しなければならない。

(減免等の取消し又は変更等)

第14条 市長は、一部負担金の減免等を受けた世帯主が、次の各号のいずれかに該当するときは、取消し又は変更をするものとする。

(1) 虚偽の申請その他不正な行為により一部負担金の減免等を受けたとき。

(2) 資力の回復その他事情が変化したことにより、減免等を行うことが不適当であると認められるとき又は変更する必要があると認められるとき。

(3) 一部負担金の納入を不当に免れようとする行為があったと認められるとき。

2 市長は、前項の規定により減免等を取り消し、又は変更したときは、当該世帯主及び当該保険医療機関等に通知するものとする。

(返還等)

第15条 市長は、前条第1項第1号又は第3号に該当したことにより減免等を取り消した場合は、法第65条第1項の規定に基づき、世帯主からその支払を免れた額を徴収し、又は徴収猶予をした額を一括して徴収することができる。

2 市長は、前条第1項第2号に該当したことにより減免等を取り消した場合は、世帯主からその支払を免れた額を徴収し、又は徴収猶予をした額を一括して徴収することができる。

3 前条第1項の規定により減免等の取消し又は変更を受けた世帯主は、既に発行された証明書を速やかに市長に返還しなければならない。

(その他)

第16条 この訓令に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この訓令は、公示の日から施行する。

附 則（平成27年12月25日訓令甲第103号）抄

(施行期日)

第1条 この訓令は、平成28年1月1日から施行する。

(東松島市国民健康保険一部負担金減免等取扱要綱の一部改正に伴う経過措置)

第 23 条 この訓令の施行の際、第 26 条の規定による改正前の東松島市国民健康保険一部負担金減免等取扱要綱の様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（平成 28 年 3 月 28 日訓令甲第 20 号）

この訓令は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（令和 4 年 11 月 1 日訓令甲第 80 号）

（施行期日）

1 この訓令は、公示の日から施行する。

（経過措置）

2 この訓令の施行の際、この訓令による改正前の様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（令和 6 年 11 月 29 日訓令甲第 59 号）

（施行期日）

1 この訓令は、令和 6 年 12 月 2 日から施行する。

（経過措置）

2 この訓令の施行の際、この訓令による改正前の様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

様式第1号(第9条関係)

東松島市国民健康保険一部負担金(減額・免除・徴収猶予)申請書

|                                                                                                                       |                                                                                       |                                                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 被 保 険 者 記 号 番 号                                                                                                       |                                                                                       |                                                                                         |  |
| 療 養 の 給 付 を<br>受 け る 者 の 氏 名                                                                                          |                                                                                       | 個人番号                                                                                    |  |
| 生 年 月 日                                                                                                               | 年 月 日 生                                                                               |                                                                                         |  |
| 世 帯 主 と の 続 柄                                                                                                         |                                                                                       |                                                                                         |  |
| 傷 病 名                                                                                                                 |                                                                                       |                                                                                         |  |
| 発病又は負傷年月日                                                                                                             |                                                                                       |                                                                                         |  |
| 医 療 機 関 の 名 称<br>及 び 所 在 地                                                                                            |                                                                                       |                                                                                         |  |
| 申 請 区 分                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 減額 <input type="checkbox"/> 免除 <input type="checkbox"/> 徴収猶予 |                                                                                         |  |
| 申 請 内 容                                                                                                               | 減 額 割 合                                                                               | <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 100% |  |
|                                                                                                                       | 徴収猶予の期間                                                                               | 箇月(3箇月 最大6箇月)                                                                           |  |
| 申 請 事 由                                                                                                               |                                                                                       |                                                                                         |  |
| <p>関係書類を添えて、上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>東松島市長</p> <p style="text-align: right;">申請者(世帯主) _____<br/>住 所 _____</p> |                                                                                       |                                                                                         |  |
| 決 定 区 分                                                                                                               | 上記の申請を <input type="checkbox"/> 認める <input type="checkbox"/> 認めない                     |                                                                                         |  |
| 決 裁                                                                                                                   | 押 印 欄                                                                                 | 備 考                                                                                     |  |
|                                                                                                                       |                                                                                       |                                                                                         |  |

様式第2号(第12条、第14条関係)

東松島市国民健康保険一部負担金(減額・免除・徴収猶予)(決定・取消)通知書

年 月 日

様

東松島市長

印

次のとおり決定したので通知します。

|                              |                                                                                                |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 決 定 区 分                      | この申請を <input type="checkbox"/> 認める <input type="checkbox"/> 認めない <input type="checkbox"/> 取り消す |
| 決 定 理 由                      |                                                                                                |
| 被保険者記号番号                     |                                                                                                |
| 療 養 の 給 付 を<br>受 け る 者 の 氏 名 |                                                                                                |
| 生 年 月 日                      |                                                                                                |
| 住 所                          |                                                                                                |
| 世 帯 主 氏 名                    |                                                                                                |
| 世 帯 主 と の 続 柄                |                                                                                                |
| 傷 病 名                        |                                                                                                |
| 発病又は負傷年月日                    | 年 月 日                                                                                          |
| 減 額 ・ 免 除 割 合                | <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 80% <input type="checkbox"/> 100%        |
| 徴 収 猶 予 期 間                  |                                                                                                |

備考

- この決定に不服があるときは、この決定のあったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、宮城県国民健康保険審査会(宮城県庁内)に対して審査請求をすることができます。
- 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場合に限り、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月以内に東松島市を被告として処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、次の(1)から(3)まで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。
  - 審査請求があった日の翌日から起算して3月を経過しても裁決がないとき。
  - 処分、処分の執行又は手続き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。
  - その他決定を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第3号(第12条関係)

東松島市国民健康保険一部負担金(減額・免除・徴収猶予)証明書  
(個人番号カード又は資格確認書と一緒に医療機関の窓口で提示してください)

|                       |                              |                              |                               |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| 被 保 険 者 記 号 番 号       |                              |                              |                               |
| 療 養 の 給 付<br>を受ける者の氏名 |                              |                              |                               |
| 生 年 月 日               |                              |                              |                               |
| 住 所                   |                              |                              |                               |
| 世 帯 主 氏 名             |                              |                              |                               |
| 世 帯 主 と の 続 柄         |                              |                              |                               |
| 傷 病 名                 |                              |                              |                               |
| 発病又は負傷年月日             | 年 月 日                        |                              |                               |
| 減 額 ・ 免 除 割 合         | <input type="checkbox"/> 60% | <input type="checkbox"/> 80% | <input type="checkbox"/> 100% |
| 徴 収 猶 予 期 間           | 年 月 日 まで( 箇月間)               |                              |                               |

上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

東松島市長



ご 注 意

医療機関で受診する際には、個人番号カード又は資格確認書とこの証明書を窓口で提示してください。減額・免除により各々の割合に応じて減じられた差額を医療機関に支払ってください。徴収猶予については、徴収猶予期間経過後に、世帯主に対し東松島市から納付書をお送りしますので納付してください。

様式第 1 号 (第 9 条関係)

様式第 2 号 (第 1 2 条、第 1 4 条関係)

様式第 3 号 (第 1 2 条関係)