

横浜市国民健康保険条例施行規則（昭和36年規則第10号）新旧対照表

現行	改正後（案）
○横浜市国民健康保険条例施行規則 昭和36年 3 月25日 規則第10号 注 昭和61年 2 月から改正経過を注記した。 横浜市国民健康保険条例施行規則をここに公布する。 （第 1 条から第 3 条まで省略） （受療証） 第4条 区長は、被保険者が次の各号のいずれかに該当することにより、療養の給付、法第36条第2項各号に規定する療養又は法第54条の2第1項に規定する指定訪問看護(以下「療養の給付等」という。)を受ける際、保険医療機関若しくは保険薬局又は訪問看護ステーション(以下「保険医療機関等」という。)において電子資格確認(法第36条第3項に規定する電子資格確認をいう。以下同じ。)を受けることができない状況にあるとき又は資格確認書を提出できないときは、被保険者の属する世帯の世帯主(以下「世帯主」という。)の申請により一定の期間を限って国民健康保険被保険者受療証を交付することができる。 (1) 資格確認書の交付を申請中で、いまだその交付を受けていないとき、又は資格確認書の再交付を申請中で、いまだその再交付を受けてい	○横浜市国民健康保険条例施行規則 昭和36年 3 月25日 規則第10号 注 昭和61年 2 月から改正経過を注記した。 横浜市国民健康保険条例施行規則をここに公布する。 （第 1 条から第 3 条まで省略） （第 4 条削除）

ないとき。

(2) 資格確認書の記載事項訂正のため、又は資格確認書の更新若しくは
検認のため資格確認書を区長に提出中であるとき。

(3) その他区長が特に必要と認めたとき。

2 前項の申請は、次に掲げる事項を記載した申請書によるものとする。

(1) 世帯主の氏名及び住所

(2) 受療証の交付を受けようとする被保険者の氏名、生年月日、性別及
び一部負担金の割合

(3) 受療証の交付を受けようとする理由

(4) その他市長が必要と認める事項

(昭62規則8・昭62規則92・平6規則90・平15規則89・平18規則127・平2
0規則48・平22規則43・令6規則83・令7規則56・一部改正)

(第5条から第20条まで省略)

(付則抄省略)

(付則(昭和37年3月規則第21号)から附則(令和8年3月規則
第36号まで省略)

(第5条から第20条まで省略)

(付則抄省略)

(付則(昭和37年3月規則第21号)から附則(令和8年3月規則
第36号まで省略)

付則(令和〇年月〇日第〇〇〇号)

(施行期日)

1 この規則は、令和9年1月4日から施行する。

別表

(令7規則56・全改)

様式番号	名称	条項
1	国民健康保険資格確認書	法施行規則第6条
2	特定同一世帯所属者証明書	法施行規則第12条の2
3	国民健康保険食事療養（生活療養）標準負担額減額認定証	法施行規則第26条の3第2項、第26条の6の4第2項
4	国民健康保険資格確認書（特別療養費の対象者用）	法施行規則第27条の5の2第4項
5	国民健康保険特定疾病療養受療証	法施行規則第27条の13第4項

(経過措置)

2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の横浜市国民健康保険条例施行規則の規定により作成されている様式書類は、なお当分の間、適宜修正の上使用することができる。

別表

(令〇規則〇〇・全改)

様式番号	名称	条項
1	削除	
2	削除	
3	削除	
4	削除	
5	削除	

6	国民健康保険限度額適用認定証	法施行規則第27条の14の2第3項、第27条の14の4第4項
7	国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証	法施行規則第27条の14の5第2項
8	国民健康保険特別療養証明書	法施行規則第28条第2項
9	国民健康保険検査証	法施行規則第44条
10	国民健康保険被保険者受療証	第4条第1項
11	横浜市国民健康保険徴収職員証	第14条の3第2項
12	国民健康保険過料処分通知書	第18条
13	国民健康保険料納付証明書	
14	国民健康保険料納付額等証明書	

6	削除	
7	削除	
8	削除	
9	国民健康保険検査証	法施行規則第44条
10	削除	
11	横浜市国民健康保険徴収職員証	第14条の3第2項
12	国民健康保険過料処分通知書	第18条
13	削除	
14	国民健康保険料納付額等証明書	

横浜市国民健康保険条例施行規則（昭和36年規則第10号）新旧対照表

現行	改正後（案）												
第1号様式 (表) <table><tr><td>神奈川県 国民健康保険 資格確認書</td><td>有効期限 発効期日 記号</td><td>番号</td><td>(枝番)</td></tr><tr><td>氏名 生年月日 住所</td><td>性別</td><td></td><td></td></tr><tr><td>世帯主氏名 適用開始年月日 交付年月日 保険者番号 発行区名</td><td>負担割合</td><td> </td><td>交付者名 横浜市</td></tr></table> (縦5.4センチメートル、横8.6センチメートル) (裏) 備考 ※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思表示をすることができ ます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでくださ い。 1. 私は、<u>脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも</u>、<u>移植</u>のために臓器を提供します。 2. 私は、<u>心臓が停止した死後に限り</u>、<u>移植</u>のために臓器を提供します。 3. 私は、臓器を提供しません。 ◀1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。▶ 【心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球】 〔特記欄： 〕 署名年月日： 年 月 日 本人署名(自筆)： 家族署名(自筆)： (備考) 1 裏面に適宜注意事項等を記載することができる。 2 70歳未満の被保険者については、発効期日及び負担割合の記載を省略する。	神奈川県 国民健康保険 資格確認書	有効期限 発効期日 記号	番号	(枝番)	氏名 生年月日 住所	性別			世帯主氏名 適用開始年月日 交付年月日 保険者番号 発行区名	負担割合		交付者名 横浜市	削除
神奈川県 国民健康保険 資格確認書	有効期限 発効期日 記号	番号	(枝番)										
氏名 生年月日 住所	性別												
世帯主氏名 適用開始年月日 交付年月日 保険者番号 発行区名	負担割合		交付者名 横浜市										

現行	改正後（案）																							
第2号様式 <table><tr><td colspan="3">特 定 同 一 世 帯 所 属 者 証 明 書</td></tr><tr><td colspan="3">発行年月日 年 月 日</td></tr><tr><td rowspan="2">世帯主</td><td>氏 名</td><td></td></tr><tr><td>生年月日</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">特定同一世帯所属者</td><td>氏 名</td><td></td></tr><tr><td>生年月日</td><td></td></tr><tr><td>特定同一世帯所属者に該当した年月日</td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">交付者</td><td>交付者の名称及び印並びに保険者番号</td><td> 横 浜 市 印 </td></tr><tr><td>発行局課</td><td></td></tr></table> 注意事項 1 転出する前に国民健康保険の世帯主であった者が、転入した市町村においても引き続き国民健康保険の世帯主となる場合には、必ずこの連絡票を提出してください。 2 この連絡票を破り、汚し、又は失ったときは、直ちにこの連絡票を発行した市町村に再発行を申請してください。 3 この連絡票を破り、又は汚した場合の2の申請には、その連絡票を添えて申請してください。 (A4)	特 定 同 一 世 帯 所 属 者 証 明 書			発行年月日 年 月 日			世帯主	氏 名		生年月日		特定同一世帯所属者	氏 名		生年月日		特定同一世帯所属者に該当した年月日		交付者	交付者の名称及び印並びに保険者番号	横 浜 市 印	発行局課		削除
特 定 同 一 世 帯 所 属 者 証 明 書																								
発行年月日 年 月 日																								
世帯主	氏 名																							
	生年月日																							
特定同一世帯所属者	氏 名																							
	生年月日																							
	特定同一世帯所属者に該当した年月日																							
交付者	交付者の名称及び印並びに保険者番号	横 浜 市 印																						
	発行局課																							

現行

改正後（案）

第3号様式									
(表)									
神 奈 川 県 国 民 健 康 保 険 加 入 者 登 録 (生 活 登 録) 標 準 自 治 体 証 明 証 定 印									
有効期限 年 月 日									
交付年月日 年 月 日									
記 号 ・ 番 号		(技術)							
世帯主	住 所								
	氏 名								
被保険対象者	氏 名								
	生 年 月 日								
有効期限日									
長期入居該当年月日		年 月 日から				交付 有日			
交付者の名称及び用並びに保険者番号		横 浜 市						印	
(注) 1 裏面を参照してください。 2 長期入居該当年月日欄に交付者がない場合は、長期入居該当ではありません。									
(画1.8センチメートル、画9.1センチメートル)									

(画)

注意事項

- 1 この証によって、入院時の食事療養を受ける場合に支払う食事療養標準負担額又は生活療養を受ける場合に支払う生活療養標準負担額は、別に厚生労働大臣が定める額額された額となります。
- 2 保険医療機関等に入院するときは、その窓口で電子的確認を受けるか、この証を提示してください。
- 3 次の場合は、滞滞なく、この証を区役所に返してください。
 - (1) 被保険者の資格を失ったとき。
 - (2) 減額認定の条件に該当しなくなったとき。
 - (3) この証の有効期限に至ったとき。
 また、転居の届出をする際には、この証を添えてください。
- 4 この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて区役所に届け出てください。
- 5 不正にこの証を使用した者は、罰法により首数罪として拘刑罰の処分を受けます。

現行	改正後（案）
第4号様式 (表) 神奈川県 国民健康保険 資格確認書 (特別療養) 有効期限 記号 番号 (枝番) 氏名 生年月日 性別 住所 世帯主氏名 適用開始年月日 交付年月日 保険者番号 交付者名 発行区名 横浜市 (縦5.4センチメートル、横8.6センチメートル) (裏) 注意事項 この書面で診療を受けるときは、診療費用の全額を支払ってください。 備考 ※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で開んでください。 1. 私は、<u>脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも</u>、移植のために臓器を提供します。 2. 私は、<u>心臓が停止した死後に限り</u>、移植のために臓器を提供します。 3. 私は、<u>臓器を提供しません</u>。 ≪1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。≫ 【心臓・肺・肝臓・腎臓・じん臓・すい臓・小腸・眼球】 〔特記欄： 〕 署名年月日： 年 月 日 本人署名(自筆)： 家族署名(自筆)： (備考) 裏面に適宜注意事項等を記載することができます。	削除

現行

第5号様式

(表)

神奈川県国民健康保険特定疾病療養受療証	
有効期限 年 月 日	
交付年月日 年 月 日	
認定疾病名	
記号・番号	(枝番)
被保険者	氏名
	生年月日
発効期日	
自己負担額	
交付者の名称及び印並びに保険者番号	横 浜 市 印

(注意) 裏面を参照してください。

(縦12.8センチメートル、横9.1センチメートル)

(裏)

注 意 事 項

- この証によって認定疾病に係る診療を受ける場合に支払う金額は、保険医療機関等ごとに1箇月につき表面に記載された自己負担限度額を最高限度とします。
また、入院した場合には、食事療養又は生活療養に要する費用について、別途定額の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を求めることになります。
- 保険医療機関等において、認定疾病に係る診療を受けようとするときは、その窓口で電子的確認を受けるか、この証を提示してください。
- 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証の交付を受けた区役所に返ししてください。また、転出の届出をするときは、この証を返してください。
- この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて交付を受けた区役所に届け出てください。
- この証を破り、汚し、又はなくしたときは、交付を受けた区役所で再交付を受けてください。
- 不正にこの証を使用した場合は、刑法の規定により処罰を受けることがあります。

改正後（案）

削除

現行

改正後（案）

削除

第6号様式		(表)	
神奈川県国民健康保険制度適用認定証			
有効期限		年	月 日
交付年月日		年	月 日
記 号 ・ 番 号	(枝番)		
世帯主氏名	住 所		
納用者番号	氏 名		
	生 年 月 日		
発 効 期 日			
適 用 区 分			
交付者の名称及び市町村保険者番号	横 浜 市 国		
	〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃 〃		
(備考) 余白に留意注意事項等を記載することができます。			

現行

改正後（案）

削除

第7号様式

(表)

神奈川県国民健康保険制度適用・標準負担額減額認定証

有効期限 年 月 日

交付年月日 年 月 日

記 号 ・ 番 号	(後番)									
世 帯 主	住 所									
対 照 用 印 鑑 者 類	氏 名									
	生 年 月 日									
有 効 期 間										
適 用 区 分										
長期入院該当年月日 年 月 日 交付者印										
横 浜 市										
交 付 者 の 名 称 及 び 印 鑑 者 番 号										

(注記) 長期入院該当年月日欄に交付者印がない場合は、長期入院該当ではありません。
(備考) 余白に適宜注意事項等を記載することができます。

(裏)

神奈川県国民健康保険制度適用・標準負担額減額認定証の注意事項

1 この証によって療養を受ける場合は、次のとおり一部負担金制度額の適用及び食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の減額が行われます。
(1) 療養を受ける際に支払う「市町村交付額は、国庫収支機構等又は指定訪問看護事業費」とは毎月につき、別に定められた額を限度とします。
(2) 入院の際に食事療養を受ける場合に支払う食事療養標準負担額又は生活療養を受ける際に支払う生活療養標準負担額は、別に厚生労働大臣が定める減額された額となります。

2 保険医療機関等において療養を受けようとするときは、その窓口で電子の承認を受けるか、この証を提示してください。

3 次の場合は、速やかに、この証を市区役所に返してください。
(1) 被保険者の資格を失ったとき。
(2) 制度額適用・減額認定の条件に該当しなくなったとき。

4 この証の有効期限に当たるとき、この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を返して市区役所に返してください。

5 不正にこの証を使用した者は、罰則により罰金等として処罰の処分を受けます。

マイナ保険証(印)を利用することにより、事前の手続きを行うことなく、高額療養費制度における制度額を減額と見做されます。
制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。
※電子資格確認に利用される個人番号カードをいいます。

現行

第8号様式

(表)

		神奈川県国民健康保険特別療養証明書	
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで	
世帯主	氏 名		
	住 所		
受給者	氏 名		
	生 年 月 日		性別 男・女
交付者	現 住 所		
	保 険 者 番 号		
	名 称	横 浜 市	
	所 在 地		

上記の者は、本市国民健康保険の特別療養給付を受ける資格を有することを証明します。

年 月 日 横浜市 区長 印

保険医療機関等の名称 及び診療所等の氏 名		
療養給付の記録		
診 断 病 名		
診 察 給 付 年 月 日		
診 入 院 年 月 日		
診 終 了 年 月 日		
診 転 移 科		
診 請 求 金 額		
診 額 考		

(85)

- (裏)
- 注意事項
- 1 捺印の欄は、保険医療機関等で記入してください。

2 診療報酬明細書には、必ず特別療養給付の旨を表示してください。

3 診療を受けなくなったとき、又は有効期間満了のときは、直ちに返還してください。

4 受給者の氏名住所に変更があったときは、届出書にこの証明書を添えて、5日以内に届け出てください。

5 汚したり、失ったときは、直ちに再交付の申請をしてください。汚したり、破ったりしたときには、この証明書も一緒に添えてください。

6 この証明書は、資格を失ったときに現に診療を受けていた疾病及びこれを原因として更に発生した疾病についてのみ診療を受けられます。

7 不正にこの証明書を使用したときは、刑法の規定により罰せられることがありますから、注意してください。

8 特別療養給付を受けている方が健康保険法の日雇特別被保険者として給付を受けられる資格を取得したときは、たとえこの証明書の有効期間中であっても、給付が中止されます。もし、それ以後も給付を受けたことがあったときは、その分の金額を返していただくことになりますから、注意してください。
- (備考)
- 紙色は白、刷色は緑とすること。

改正後（案）

削除

現行

改正後（案）

削除

第10号様式

神奈川県国民健康保険被保険者受療証

◎ この証の有効期間内は、「資格確認書」と同じようにお取り扱いください。

記 号 ・ 番 号				
世 帯 主 氏 名				
現 住 所				
発 行 理 由	電子資格確認を受けることができない状況又は資格確認書の交付手続中のため			
有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで			
この証で療養給付を受けることができる被保険者の氏名	枝 番	生 年 月 日	性 別	一部負担金の割合
		年 月 日		割
		年 月 日		割
		年 月 日		割
		年 月 日		割
		年 月 日		割
		年 月 日		割
		年 月 日		割
交 名 称	横 浜 市			
付 所 在 地				
者 保 険 者 番 号				
年 月 日	横浜市 区長			

(注意) 受診されるときは、この証を保険医療機関等に提示してください。

(A4)

現行

改正後（案）

第13号様式

No.

国民健康保険料納付証明書					
記号・番号					
年中に納付した保険料額				円	
徴収方法別内訳		特別徴収	円	普通徴収	円
年度別内訳	年度分	特別徴収	円	普通徴収	円
	年度分		円		円
	年度分		円		円
	年度以前分		円		円
請求事由		1 申告のため 2 その他(			

現行

第14号様式

国民健康保険料納付額等証明書

納付義務者	
記号・番号	—
住所	
氏名	

年度	
納付すべき額	
納付済額	
摘要	
国民健康保険 加入者名	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

横浜市 区長 印

(A4)

改正後（案）

第 14 号様式

納 付 額 等 証 明 書

(/)

住所（所在地）	
氏名（名 称）	

試課年度 科目	年課定額 (円)	納付済額 (円)	未納額 (円)	法定納期限等 納期未到来未納額 (円)
備 考				

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

横浜市 区長

印

(A 4)