

府中市結核・精神医療給付金の支給に関する規則の一部を改正する規則を公布する。

令和 8 年 3 月 16 日

府中市長 高野 律 雄

府中市規則第 13 号

府中市結核・精神医療給付金の支給に関する規則の一部を改正する規則

府中市結核・精神医療給付金の支給に関する規則（平成 14 年 12 月府中市規則第 50 号）の一部を次のように改正する。

次の表中、下線が引かれた部分については、改正前を改正後のように改める。

改正後	改正前
(支給申請等) 第 5 条 省 略 2 省 略 3 市長は、第 1 項の規定による申請があつたときは、これを審査し、給付金の支給を決定したときは <u>国民健康保険支給決定通知書</u> （第 6 号様式）により、給付金の不支給を決定したときは <u>国民健康保険不支給決定通知書</u> （第 7 号様式）により、当該申請者に対して通知するものとする。	(支給申請等) 第 5 条 省 略 2 省 略 3 市長は、第 1 項の規定による申請があつたときは、これを審査し、給付金の支給を決定したときは <u>国民健康保険結核・精神医療給付金支給決定通知書</u> （第 6 号様式）により、給付金の不支給を決定したときは <u>国民健康保険結核・精神医療給付金不支給決定通知書</u> （第 7 号様式）により、当該申請者に対して通知するものとする。

第 1 号様式を次のように改める。

第1号様式（第2条）

国民健康保険結核医療給付金受給者証交付申請書

年 月 日

私は、結核医療給付金受給者証の交付について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ													生 年 月 日			
	氏名	(姓)						(名)									
	居所 (住所)	郵便番号						電話番号						-	-		

- (注1) 既に患者票が交付されている場合は、患者票の写しを添付してください。患者票の写しが添付できない場合には、下の※の同意欄に署名又は押印をしてください。
- (注2) 市町村（区）民税に係る申告がされていないと、未申告として受給者証が不交付となる場合がありますので、必ず申告をしてから受給者証の申請をしてください。
- (注3) 国民健康保険法第113条の2に基づき、受給者証の有効期間中に、課税状況を確認させていただくことがあります。この際、市町村（区）民税に係る申告がされていないと、受給者証の返還を求める場合があるため、必ず毎年申告を行ってください。

保険者番号		被保険者記号・番号	記号	番号	(枝番)
医療機関	医療機関 所在地				

申請書を提出した者	氏名				本人との関係		
	住所	郵便番号			電話番号		-
「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の2の規定による申請書」の申請状況		提出日			※ 公費負担申請の決定内容を申請先に確認することについて、同意します。		
		年 月 日			署名又は押印		

第2号様式を次のように改める。

第2号様式（第2条）

（表）

国民健康保険結核医療給付金受給者証

年 月 日

府中市長

印

区市町村名	府 中 市		負担者 番 号	9	3	1	3	1	0	0	1
受 給 者	氏 名		生年月日								
	住 所										
有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで										

第4号様式から第7号様式までを次のように改める。

第5号様式（第5条）

国民健康保険結核・精神医療給付金支給申請書

被保険者 記号番号	29— —	区 分		診療 年月	年 月	公費 区分	
受診者氏名							
生年月日	年 月 日					世帯主と の続柄	
受診期間	年 月 日から 年 月 日まで						
医療機関名							
所在地							
被保険者負担額	円						
申請の理由	1 都外の療養機関で受診した 2 受給者証の提示が出来なかった（未着） 3 その他（具体的に記入してください） （ ）						

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

府中市長

住 所

世 帯 主 氏 名

電 話（世帯主・代理人） — —

代理申請者 氏 名 （受診者との続柄： ）

市記入欄

本人確認	マイカード [※] ・運免・他（ ）			受付者	
受給者証	有・無	領収証書添付	有・無	備考	
受給者証期間	年 月 日から 年 月 日まで				2,500 / 5,000

第6号様式 (A) (第5条)

宛名

発行日： 年 月 日

被保険者番号：

府中市長

印

国民健康保険支給決定通知書

先に申請のあった国民健康保険結核・精神医療給付金の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

金額	円				
支給決定日	年 月 日				
振込期日	年 月 日				
金融機関					
内 訳					
給付種別	申請日	対象者氏名	支給額	充当額	差引支給額

あなたがこの処分に不服があるときは、この処分を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、東京都国民健康保険審査会に対して審査請求することができます。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、府中市を被告（代表者は府中市長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過する訴えを提起できません。

第6号様式（B）（第5条）

宛名

発行日： 年 月 日

被保険者番号：

府中市長



国民健康保険支給決定通知書

先に申請のあった国民健康保険結核・精神医療給付金の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

金額	円				
支給決定日	年 月				
支給期日	円				
支払場所					
内 訳					
給付種別	申請日	対象者氏名	支給額	充当額	差引支給額

あなたがこの処分に不服があるときは、この処分を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、東京都国民健康保険審査会に対して審査請求することができます。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、府中市を被告（代表者は府中市長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過する訴えを提起できません。

第7号様式（第5条）

宛名

発行日： 年 月 日

被保険者番号：

府中市長



国民健康保険不支給決定通知書

先に申請のあった国民健康保険結核・精神医療給付金の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

金額	円				
不支給決定日	年 月 日				
不支給理由					
内 訳					
給付種別	申請日	対象者氏名	支給額	充当額	差引支給額

あなたがこの処分に不服があるときは、この処分を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、東京都国民健康保険審査会に対して審査請求することができます。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないときや処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、府中市を被告（代表者は府中市長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過する訴えを提起できません。

付 則

この規則は、公布の日から施行し、この規則による改正後の府中市結核・精神医療給付金の支給に関する規則の規定は、令和7年11月25日から適用する。