

3 滞納

項番	様式名	ルート	統一様式	任意様式
1	介護保険給付の支払方法変更予告通知書	市 → 被		○
2	介護保険給付の支払方法変更通知書	市 → 被		○
3	介護保険給付の支払一時差止通知書	市 → 被		○
4	介護保険滞納保険料控除通知書	市 → 被		○
5	介護保険給付額減額通知書	市 → 被		○
6	介護保険給付額減額免除申請書	被 → 市		○
7	介護保険支払方法変更終了申請書	被 → 市		○
8	介護保険要介護認定等申請受理通知書	市 → 被		○
9	介護保険給付の支払一時差止等依頼書	医 → 市		○
10	介護保険給付の支払一時差止等措置終了依頼書	医 → 市		○
11	介護保険給付の支払一時差止等予告通知書	市 → 被		○
12	介護保険給付の支払一時差止等処分通知書	市 → 被		○
13	督促状	市 → 被		○

介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）予告通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒999-9999
〇〇市△△（町村）

〇〇 〇〇 様

〇〇市（町村）長



被保険者氏名		被保険者番号												
--------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

平成 年 月 日にあなたは要介護（更新）認定・要支援（更新）申請をしましたが、あなたの介護保険料は下記とおり滞納となっています。

介護保険料が滞納のままですと、制度の運営に大きな支障をきたすため、介護保険法では滞納の方に対し、給付の支払方法を変更する措置が定められています。

したがって、今後も保険料滞納の状態が続いた場合に、介護保険法第66条第1項・第2項の規定に基づく保険給付の償還払い化の措置（支払方法変更）をとることになりますので予告します。

「保険給付の償還払い（支払方法変更）」とは介護サービスを受けたとき、サービス提供事業者にいったん費用の全額を支払い、後日、領収証を添付して保険者負担分（費用の9割）を保険者に対して請求する制度です。

なお、特別な事情により一括納付が困難な場合などは、〇〇市介護保険課に相談してください。

【保険料滞納の状況】

平成 年度保険料			平成 年度保険料			平成 年度保険料		
期 別	保険料額	うち滞納	期 別	保険料額	うち滞納	期 別	保険料額	うち滞納
第1期			第1期			第1期		
第2期			第2期			第2期		
第3期			第3期			第3期		
第4期			第4期			第4期		
第5期			第5期			第5期		
第6期			第6期			第6期		
第7期			第7期			第7期		
第8期			第8期			第8期		
第9期			第9期			第9期		
第10期			第10期			第10期		
第11期			第11期			第11期		
第12期			第12期			第12期		
計			計			計		

※ 上記は平成 年 月 日現在の滞納額です。行き違いに納入された場合には、すみやかに申し出て下さい。

問い合わせ先

〇〇市（町村）介護保険課
住所 電話番号

弁明の機会を付与する通知

この通知内容について異議がある場合には、弁明をすることができますので、下記の提出期限までに別紙弁明書を提出して下さい。

弁明書提出先 〇〇市（町村）介護保険課 住所 電話番号
弁明書提出期限 平成 年 月 日

介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）通知書

〒999-9999 〇〇市△△（町村）
〇〇 〇〇 様

文 書 番 号
平成 年 月 日

〇〇市（町村）長

印

被保険者氏名	被保険者番号
--------	--------

平成 年 月 日付 第 号で、「介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）予告通知書」において既に通知していますが、未だ下記の介護保険料が滞納となっておりますので、介護保険法第66条第1項・第2項の規定に基づき、平成 年 月 日以降にあなたが利用する介護サービスについて保険給付の支払方法を変更し、保険給付を償還払いとすることに決定しましたので通知します。

なお、支払方法変更の記載を行いますので、被保険者証を提出してください。

提出先 〇〇市（町村）介護保険課

提出期限 平成 年 月 日

また、滞納保険料額が著しく減少した場合、災害その他特別な事情等があると認められる場合には、この措置を中止することになりますので、該当すると思われる方は、被保険者証を添えて、すみやかに〇〇市（町村）介護保険課に申し出てください。

【保険料滞納の状況】

平成 年度保険料			平成 年度保険料			平成 年度保険料		
期 別	保険料額	うち滞納額	期 別	保険料額	うち滞納額	期 別	保険料額	うち滞納額
第1期			第1期			第1期		
第2期			第2期			第2期		
第3期			第3期			第3期		
第4期			第4期			第4期		
第5期			第5期			第5期		
第6期			第6期			第6期		
第7期			第7期			第7期		
第8期			第8期			第8期		
第9期			第9期			第9期		
第10期			第10期			第10期		
第11期			第11期			第11期		
第12期			第12期			第12期		
計			計			計		

※ 上記は平成 年 月 日現在の滞納額です。行き違いに納入された場合には、すみやかに申し出て下さい。

問い合わせ先

〇〇市（町村）介護保険課
住所 電話番号

不服の申立

この通知に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、〇〇県介護保険審査会に審査請求をすることができます。

住所 電話番号

* 災害その他特別な事情等については、通知書の裏面等に記載。

介護保険給付の支払一時差止通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒999-9999 〇〇市△△(町村)
〇〇 〇〇 様

〇〇市(町村)長

印

被保険者氏名	被保険者番号						
--------	--------	--	--	--	--	--	--

平成 年 月 日にあなたは、保険給付の償還払いの申請をしましたが、あなたの介護保険料は下記のとおり滞納となっています。

介護保険料が滞納のままですと、制度の運営に大きな支障をきたすため、介護保険法では滞納の方に対し、保険給付の支払の一時差止の措置が定められています。

したがって、下記の期日までに保険料が納付されない場合には、介護保険法第67条第1項・第2項の規定に基づき、保険給付の支払の一時差止を行うことに決定いたしましたので、通知します。

「保険給付の支払の一時差止」とは、保険給付の償還払いの申請があったとき、償還払いの対象となる金額の全部または一部について支払の一時差止めを行うものです。

期 日 平成 年 月 日

なお、今回給付の支払の一時差止めの対象となる介護サービス及び金額は、次のとおりです。

差止めの対象となる介護サービス	:	<u>〇〇〇</u> 、 <u>△△△</u> <u>□□□</u> 、 <u> </u>
差止めの対象となる給付額	:	_____ 円

なおこの通知により、保険給付の支払いの一時差止が行われた場合でも、災害その他特別な事情があると認められる場合にはこの措置を中止することになりますので、該当すると思われる方はすみやかに被保険者証を添えて、〇〇市(町村)介護保険課に申し出てください。

【保険料滞納の状況】

平成 年度保険料			平成 年度保険料			平成 年度 保険料		
期 別	保険料額	うち滞納額	期 別	保険料額	うち滞納額	期 別	保険料額	うち滞納額
第1期			第1期			第1期		
第2期			第2期			第2期		
第3期			第3期			第3期		
第4期			第4期			第4期		
第5期			第5期			第5期		
第6期			第6期			第6期		
第7期			第7期			第7期		
第8期			第8期			第8期		
第9期			第9期			第9期		
第10期			第10期			第10期		
第11期			第11期			第11期		
第12期			第12期			第12期		
計			計			計		

※ 上記は平成 年 月 日現在の滞納額です。行き違いに納入された場合には、すみやかに申し出て下さい。

問い合わせ先

〇〇市(町村)介護保険課 住所 電話番号

不服の申立

この通知に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、〇〇県介護保険審査会に審査請求をすることができます。住所 電話番号

* 災害その他特別な事情等については、通知書の裏面等に記載。

介護保険 滞納保険料控除通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒999-9999
〇〇市△△(町村)

〇〇 〇〇 様

〇〇市(町村)長 印

被保険者氏名		保険者番号							
--------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

平成 年 月 日付、第 号により、あなたの保険給付について一時差止めを行い、その後も納付をお願いしていたところですが、未だに介護保険料が納付されていません。
 保険料が滞納のままですと、制度の運営に重大な支障をきたすため、介護保険法では滞納の方に対し、一時差止めの対象となっている介護給付費から滞納保険料を控除する措置が定められています。
 したがって、介護保険法第67条第3項の規定に基づき、下記のとおり、あなたの、一時差止め対象となっている保険給付から保険料を控除することに決定しましたので、通知します。
 なお、被保険者証の支払方法の変更の記載を消除しますので、下記の期日までに被保険者証と印かんを持参下さい。

- 期 日 平成 年 月 日
- 場 所 〇〇市(町村)介護保険課

【一時差止めの給付費の内容(A)】

利 用 日	サ ー ビ ス の 種 類	給 付 額
平成 年 月 日		円
合 計		

【控除保険料額(B)】

年度	期別	保 険 料 額	納 期 限
		円	
合 計			

滞納保険料控除後の保険給付費支給額 (A - B)	
-----------------------------	--

* なお、滞納保険料控除後の保険給付費支給額に記載がある場合は、指定金融機関等の通帳を持参して下さい。

問い合わせ先
〇〇市(町村)介護保険課 住所 電話番号

介護保険給付額減額通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒999-9999 〇〇市△△（町村）
〇〇 〇〇 様

〇〇市（町村）長 印

被保険者氏名	保険者番号
--------	-------

平成 年 月 日にあなたは、（要介護（更新）認定・要支援（更新）認定・要介護状態区分の変更）申請をしましたが、あなたの介護保険料は下記のとおり未納となっており、すでに消滅時効に係っているため、遡って納めていただくことができません。

保険料未納の方に対し、通常の保険給付を行うことは、被保険者間の公平を損なうことから、介護保険法第69条第1項の規定により、下記期間につき保険給付額の減額及び高額介護サービス費及び高額居宅支援サービス費の支給を行わないことに決定しましたので通知します。

なお、災害及びその他の特別の事情等が発生した場合には、給付額減額等の措置の対象外となりますので、速やかに〇〇市（町村）介護保険課に届け出をしてください。

給付額減額の措置を行う期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
給付額減額措置の算定根拠			
給付額減額期間 = 保険料徴収権消滅期間 ×	$\frac{\text{保険料徴収権消滅期間}}{\text{保険料徴収権消滅期間} + \text{保険料納付済期間}} \times \frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	
徴収権消滅期間：（未納・時効消滅額／年賦課額）＋（未納・時効消滅額／年賦課額）＋・・・＝ 年 納付済期間：（納付額／年賦課額）＋（納付額／年賦課額）＋・・・＝ 年			
年度	未納・時効消滅額	納付額	年賦課額

問い合わせ先
〇〇市（町村）介護保険課 住所 電話番号

不服の申立
この通知に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、〇〇県介護保険審査会に審査請求をすることができます。 住所 電話番号

* 災害その他特別な事情等については、通知書の裏面等に記載。

介護保険給付額減額免除申請書

〇〇市（町村）長 様

次のとおり、給付額減額措置免除を申請します。

	申請年月日	平成	年	月	日
申請者氏名				本人との関係	
申請者住所	〒			電話番号	

被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>														
被保険者氏名	フリガナ														
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	_____								
住 所	〒			電話番号											
申請の理由															

介護保険支払方法変更（償還払い）終了申請書

〇〇市（町村）長 様

次のとおり、支払方法変更（償還払い）終了申請します。

	申請年月日	平成	年	月	日
申請者氏名				本人との関係	
申請者住所	〒				電話番号

被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>														
被保険者氏名	〒がナ ----- ----- ----- ----- -----														
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	_____								
住 所	〒				電話番号										
申請の理由	1. 公費負担医療の受給 2. 災害 3. 重大な障害又は長期入院 4. その他 * 著しい減少の場合は 4. その他 を選択、完納の場合は選択不要														

(2号被保険者用)

介護保険給付の支払一時差止等依頼書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〇〇市(町村)長 様
(介護保険者)

〇〇医療保険者
代表者 〇〇 〇〇
(国保保険者)



下記の者について、平成 年 月 日付第 号により、要介護(更新)認定等の申請を受理した旨の通知がありました。が、保険料の滞納状況は以下のとおりであり、保険給付の一時差止等を依頼します。

【保険料滞納者】

氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
住 所	〒				
介護保険者番号		医療保険者番号			
介護保険者の名称		医療保険者の名称			
介護保険被保険者番号		医療保険被保険者証記号番号			

【保険料の滞納状況】

医療保険の加入期間 : 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで

平成 年度保険料			平成 年度保険料			平成 年度保険料		
期 別	保険料額	うち滞納額	期 別	保険料額	うち滞納額	期 別	保険料額	うち滞納額
第1期			第1期			第1期		
第2期			第2期			第2期		
第3期			第3期			第3期		
第4期			第4期			第4期		
第5期			第5期			第5期		
第6期			第6期			第6期		
第7期			第7期			第7期		
第8期			第8期			第8期		
第9期			第9期			第9期		
第10期			第10期			第10期		
第11期			第11期			第11期		
第12期			第12期			第12期		
計			計			計		

(注1) 平成 年 月 日現在

(注2) 保険料徴収債権が発生していない額(納付すべき時期が未到来の額)は含まない。

介護保険給付の支払一時差止等措置終了依頼書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〇〇市（町村）長 様
（介護保険者）

〇〇医療保険者
代表者 〇〇 〇〇
（国保保険者）

印

下記の者について、平成 年 月 日付第 号により、支払一時差止等を依頼していましたが、保険料の滞納状況は以下のとおりであり、給付の一時差止等を終了することを依頼します。

保険料滞納者

氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
住 所	〒				
介護保険者番号		医療保険者番号			
介護保険者の名称		医療保険者の名称			
介護保険被保険者番号		医療保険被保険者証記号番号			

【保険料の滞納状況】

医療保険の加入期間：平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで

平成 年度保険料			平成 年度保険料			平成 年度保険料		
期 別	保険料額	うち滞納額	期 別	保険料額	うち滞納額	期 別	保険料額	うち滞納額
第1期			第1期			第1期		
第2期			第2期			第2期		
第3期			第3期			第3期		
第4期			第4期			第4期		
第5期			第5期			第5期		
第6期			第6期			第6期		
第7期			第7期			第7期		
第8期			第8期			第8期		
第9期			第9期			第9期		
第10期			第10期			第10期		
第11期			第11期			第11期		
第12期			第12期			第12期		
計			計			計		

（注1）平成 年 月 日現在

（注2）保険料徴収債権が発生していない額（納付すべき時期が未到来の額）は含まない。

介護保険給付の支払一時差止等予告通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒999-9999 〇〇市△△(町村) 〇〇 〇〇 様

〇〇市(町村)長 印

被保険者氏名		被保険者番号												
--------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

平成 年 月 日にあなたは要介護(更新)認定・要支援(更新)申請をしましたが、あなたの医療保険料等は下記とおり滞納となっています。

医療保険料等が滞納のままですと、制度の運営に大きな支障をきたすため、介護保険法では滞納の方に対し、給付の支払方法を変更する措置が定められています。

したがって、今後も医療保険料等の滞納の状態が続いた場合に、介護保険法第68条第1項・第2項に基づき保険給付の償還払い化の措置(支払方法変更)及び保険給付の一時差止の措置をとることになりますので予告します。

「保険給付の償還払い(支払方法変更)」とは介護サービスを受けたとき、サービス提供事業者にいったん費用の全額を支払い、後日、領収証を添付して保険者負担分(費用の9割)を保険者に対して請求する制度です。

「保険給付の支払の一時差止」とは、償還払い化された保険給付について、償還払いの申請があった場合、医療保険料等の滞納の状況に応じて、償還払いの対象となる金額の全部または一部について、支払の一時差止めを行うものです。

【医療保険料等の滞納状況】

医療保険の加入期間 : 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで

平成 年度医療保険料等			平成 年度医療保険料等			平成 年度医療保険料等		
期別	医療保険料等額	うち未納医療保険料等の額	期別	医療保険料等額	うち未納医療保険料等の額	期別	医療保険料等額	うち未納医療保険料等の額
第1期			第1期			第1期		
第2期			第2期			第2期		
第3期			第3期			第3期		
第4期			第4期			第4期		
第5期			第5期			第5期		
第6期			第6期			第6期		
第7期			第7期			第7期		
第8期			第8期			第8期		
第9期			第9期			第9期		
第10期			第10期			第10期		
第11期			第11期			第11期		
第12期			第12期			第12期		
計			計			計		

※ 上記は平成 年 月 日現在の滞納額です。行き違いに納入された場合にはご了承願います。

弁明の機会を付与する通知

この通知内容について異議がある場合には、弁明をすることができますので、下記の提出期限までに別紙弁明書を提出して下さい。

弁明書提出先 〇〇市(町村)介護保険課 住所 電話番号

弁明書提出期限 平成 年 月 日

問い合わせ先

〇〇市(町村)介護保険課 住所 電話番号

(2号被保険者用)

介護保険給付の支払一時差止等処分通知書

文書番号
平成 年 月 日

〒999-9999
〇〇市△△(町村)

〇〇 〇〇 様

〇〇市(町村)長

印

被保険者氏名	保険者番号														
--------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

平成 年 月 日付第 号で、「介護保険給付の支払一時差止等予告通知書」を送付しましたが、未だ下記の医療保険料等が滞納となっておりますので、介護保険法第68条第1項の規定に基づき、平成 年 月 日以降にあなたが利用する介護サービスについて、「保険給付の支払方法変更(償還払い化)及び保険給付の支払の一時差止」の措置をとることに決定いたしましたので、通知します。

なお、保険給付差止の記載を行いますので、被保険者証を提出してください。

提出先 〇〇市(町村)介護保険課

提出期限 平成 年 月 日

また、この通知により保険給付の支払方法変更(償還払い化)及び保険給付の支払の一時差止の措置がとられた場合でも災害その他特別な事情等があると認められる場合には、この措置を中止することになりますので、該当する方はすみやかに被保険者証を添えて〇〇市(町村)介護保険課に申し出て下さい。

【医療保険料等の滞納状況】

平成 年度医療保険料等			平成 年度医療保険料等			平成 年度医療保険料等		
期別	医療保険料等額	うち未納医療保険料等の額	期別	医療保険料等額	うち未納医療保険料等の額	期別	医療保険料等額	うち未納医療保険料等の額
第1期			第1期			第1期		
第2期			第2期			第2期		
第3期			第3期			第3期		
第4期			第4期			第4期		
第5期			第5期			第5期		
第6期			第6期			第6期		
第7期			第7期			第7期		
第8期			第8期			第8期		
第9期			第9期			第9期		
第10期			第10期			第10期		
第11期			第11期			第11期		
第12期			第12期			第12期		
計			計			計		

※ 上記は平成 年 月 日現在の滞納額です。行き違いに納入された場合にはご了承願います。

問い合わせ先

〇〇市(町村)介護保険課 住所 電話番号

不服の申立

この通知に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、〇〇県介護保険審査会に審査請求をすることができます。

住所 電話番号

* 災害その他特別な事情等については、通知書の裏面等に記載。

督 促 状

平成 年 月 日

〒999-9999 〇〇市△△（町村）
〇〇 〇〇 様

〇〇市（町村）長

印

介護保険料が、平成 年 月 日現在、下記のとおり滞納になっておりますので、納付について確認のうえ、平成 年 月 日まで市（町村）窓口または指定金融機関等に納付してください。

この督促状の指定納期限まで納付されないときは、地方自治法第231条の3の規定により滞納処分を受けることになります。

また、〇〇市（町村）介護保険条例第 条の規定により、延滞金及び督促手数料も併せて納付願います。

被保険者番号								
被保険者氏名								
住 所								
納付通知書番号								
平成 年度	期別		保険料		納期限	平成 年 月 日		
延 滞 金	_____ 円（ 日分）				督促手数料	_____ 円		
	* 延滞金は、平成 年 月 日現在で計算しておりますが、納入日より再計算した金額となります。 納期限の翌日から、納入した日までの日数に応じて再計算されますので、ご了承ください。					指定納期限	平成 年 月 日	

※ 最近納付された方で、この督促状が行き違いに送達された場合は、ご了承ください。

※ 領収証は5年間保存願います。

問い合わせ先

〇〇市（町村）介護保険課
住所 電話

不服の申立

この通知に不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、〇〇県介護保険審査会に審査請求をすることができます。

住所 電話番号