

伊勢原市国民健康保険税未納者に係る被保険者資格調査事務取扱要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、伊勢原市国民健康保険税未納者の滞納解消を図るため、国税徴収法（昭和34年法律第147号）第141条の規定に基づき、被保険者の資格の調査等を行うことについて必要な事項を定めるものとする。

(対象世帯)

第2条 この要綱の対象となる世帯は、国民年金法（昭和34年法律第141号）第7条第1項第2号及び第3号の規定に該当し、かつ、国民健康保険法（昭和33年法律第192号。以下「法」という。）第6条各号（第8号、第9号及び第11号は除く。）の規定に該当すると認められる者の属する世帯で、前年度以前の納期に係る伊勢原市国民健康保険税の滞納がある世帯（以下「推定適用除外世帯」という。）とする。

(資格喪失届出の勧奨通知)

第3条 市長は、推定適用除外世帯の世帯主に対し、法9条第1項に規定する資格喪失の届出を勧奨するため、郵便法（昭和22年法律第165号）第45条に規定する書留郵便により、伊勢原市国民健康保険脱退手続通知（第1号様式。以下「脱退手続通知」という。）を通知するものとする。

2 前項に規定する脱退手続通知の届出期限は、送付した日の翌日から起算して14日以内とする。

(調査)

第4条 市長は、前条第1項に規定する通知をしたにもかかわらず、同条第2項に規定する届出期限を経過しても推定適用除外世帯の世帯主から資格喪失に関する届出がない場合は、当該推定適用除外世帯の被保険者の資格について、国税徴収法第141条の規定に基づき当該被保険者の勤務先、健康保険組合等に対し、健康保険等加入状況調査依頼書（第2号様式）により、健康保険等の加入状況を調査するものとする。

2 前項の調査を行うに当たり、あらかじめ当該被保険者に係る過去6か月間の

国民健康保険療養給付の実績を確認するものとし、当該療養給付の実績を確認した場合は、調査の対象から除外するものとする。

(対象世帯の処理)

第5条 市長は、前条に規定する調査により、推定適用除外世帯に属する被保険者の一部又は全部が法第6条各号（第8号、第9号及び第11号は除く。）に規定する健康保険等の資格を有していることが明らかになったときは、国民健康保険異動届出書を作成し、職権により当該被保険者の資格喪失処理を行うものとする。

(資格喪失通知)

第6条 市長は、前条に規定する被保険者の資格喪失処理をしたときは、速やかに当該処理をした世帯主に対し、伊勢原市国民健康保険被保険者資格喪失通知書（第3号様式又は第4様式）を通知し、被保険者証の回収に努めなければならない。

(委任)

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この告示は、公表の日から施行する。

附 則（令和5年7月20日告示第123号）

この告示は、公表の日から施行する。

年 月 日

様

伊勢原市長

印

伊勢原市国民健康保険脱退手續のお願い（通知）

日頃より本市国民健康保険事業に御理解、御協力いただきましてありがとうございます。

さて、次の該当者氏名欄に記載されている方は、現在勤務先（ ）の健康保険（社会保険）に加入されていると思われます。社会保険加入手續が行われましても国民健康保険脱退の手續が自動的に行われません。国民健康保険の脱退の手續が必要となります。

つきましては、お手数ですが社会保険に加入されている場合は、年月日までに国民健康保険の脱退手續を次のいずれかの方法でお願いします。期限まで回答がない場合は、勤務先等へ健康保険の加入状況の照会をさせていただきます。

なお、既に手續をされている場合は、行き違いですので御了承ください。

No.	該当者氏名（社会保険加入者）
1	
2	
3	
4	

手續方法

1 直接、窓口（保険年金課）で手續する方法

勤務先の「保険証」及び「国民健康保険証」を持参してください。

2 郵送で行う方法

返信用封筒に次の必要書類を同封してください。

ア 該当者の方の勤務先の「保険証」のコピー 1 部（個人カード型の場合は該当者個々の分の全のコピー）

イ 該当者の方の「国民健康保険証」（紛失された方は、お知らせください。）

ウ 指定箇所を記入した「国保異動届」

事務担当は、伊勢原市
TEL

第2号様式（第4条関係）

伊 第 号
年 月 日

様

伊勢原市長

印

健康保険等の加入状況調査について（照会）

現在、次の対象者欄に記載されている方は、伊勢原市国民健康保険に加入しており社会保険等との二重加入と思われます。つきましては、次の方の健康保険等の加入状況について、次のとおり照会します。御多忙中、大変恐縮ですが御回答くださるようお願いいたします。

対象者	住 所		
	氏 名	生年月日	. .
対象者	住 所		
	氏 名	生年月日	. .
対象者	住 所		
	氏 名	生年月日	. .
対象者	住 所		
	氏 名	生年月日	. .

事務担当は、伊勢原市
TEL

----- 切り取り線 -----

年 月 日

伊勢原市長 殿

(事業所)
住 所
名 称

健康保険等の加入状況調査について（回答）

年 月 日付で照会のありましたことについて、次のとおり回答します。

健康保険 等の加入 状 況	住 所			
	氏 名		生年月日	. .
	記号・番号 保険者名称		資格取得日	. .
	被扶養者名 (生年月日)	(. .)	資格取得日	. .
	被扶養者名 (生年月日)	(. .)	資格取得日	. .
	被扶養者名 (生年月日)	(. .)	資格取得日	. .

第3号様式（第6条関係）

伊 第 号
年 月 日

様

伊勢原市長

印

伊勢原市国民健康保険の被保険者資格喪失について（通知）

あなたの世帯は、伊勢原市国民健康保険に加入していましたが、職場の健康保険に加入されていることが確認されましたので、
年 月 日より伊勢原市国民健康保険の資格が喪失されました。

つきましては、現在お持ちの伊勢原市の国民健康保険被保険者証は使用できませんので、至急国民健康保険の担当までお返してください。

なお、職場の健康保険加入日以降に伊勢原市の国民健康保険被保険者証で受診されている場合又は療養費等の支給を受けている場合は、伊勢原市が病院等に支払いした金額（保険者負担分）を返還していただくこととなりますので、御理解くださるようお願いいたします。

なお、国民健康保険税の変更につきましても、後日、国民健康保険税更正決定通知書を送付させていただきます。

事務担当は、伊勢原市
TEL

第4号様式（第6条関係）

伊 第 号
年 月 日

様

伊勢原市長

印

伊勢原市国民健康保険の被保険者資格喪失について（通知）

あなたの世帯の 様は、伊勢原市国民健康保険に加入していましたが、職場の健康保険に加入されていることが確認されたので、
年 月 日より伊勢原市国民健康保険の資格が喪失されました。

つきましては、現在お持ちの伊勢原市の国民健康保険被保険者証は使用できませんので、至急国民健康保険の担当までお返してください。

なお、職場の健康保険加入日以降に伊勢原市の国民健康保険被保険者証で受診されている場合又は療養費等の支給を受けている場合は、伊勢原市が病院等に支払いした金額（保険者負担分）を返還していただくこととなりますので、御理解くださるようお願いいたします。

なお、国民健康保険税の変更につきましても、後日、国民健康保険税更正決定通知書を送付させていただきます。

事務担当は、伊勢原市
TEL

年 月 日

様

伊勢原市長

印

伊勢原市国民健康保険脱退手続のお願い（通知）

日頃より本市国民健康保険事業に御理解、御協力いただきましてありがとうございます。

さて、次の該当者氏名欄に記載されている方は、現在勤務先（ ）の健康保険（社会保険）に加入されていると思われます。社会保険加入手続が行われましても国民健康保険脱退の手続が自動的に行われません。国民健康保険の脱退の手続が必要となります。

つきましては、お手数ですが社会保険に加入されている場合は、年月日までに国民健康保険の脱退手続を次のいずれかの方法でお願いします。期限まで回答がない場合は、勤務先等へ健康保険の加入状況の照会をさせていただきます。

なお、既に手続をされている場合は、行き違いですので御了承ください。

No.	該当者氏名（社会保険加入者）
1	
2	
3	
4	

手続方法

1 直接、窓口（保険年金課）で手続する方法

勤務先の「保険証」及び「国民健康保険証」を持参してください。

2 郵送で行う方法

返信用封筒に次の必要書類を同封してください。

ア 該当者の方の勤務先の「保険証」のコピー 1 部（個人カード型の場合は該当者個々の分の全のコピー）

イ 該当者の方の「国民健康保険証」（紛失された方は、お知らせください。）

ウ 指定箇所を記入した「国保異動届」

事務担当は、伊勢原市
TEL

第2号様式（第4条関係）

伊 第 号
年 月 日

様

伊勢原市長

印

健康保険等の加入状況調査について（照会）

現在、次の対象者欄に記載されている方は、伊勢原市国民健康保険に加入しており社会保険等との二重加入と思われます。つきましては、次の方の健康保険等の加入状況について、次のとおり照会します。御多忙中、大変恐縮ですが御回答くださるようお願いいたします。

対象者	住 所	
	氏 名	生年月日 . .
対象者	住 所	
	氏 名	生年月日 . .
対象者	住 所	
	氏 名	生年月日 . .
対象者	住 所	
	氏 名	生年月日 . .

事務担当は、伊勢原市
TEL

切り取り線

年 月 日

伊勢原市長 殿

(事業所)
住 所
名 称

健康保険等の加入状況調査について（回答）

年 月 日付で照会のありましたことについて、次のとおり回答します。

健康保険 等の加入 状 況	住 所			
	氏 名		生年月日	. .
	記号・番号 保険者名称		資格取得日	. .
	被扶養者名 (生年月日)	(. .)	資格取得日	. .
	被扶養者名 (生年月日)	(. .)	資格取得日	. .
	被扶養者名 (生年月日)	(. .)	資格取得日	. .

第3号様式（第6条関係）

伊 第 号
年 月 日

様

伊勢原市長

印

伊勢原市国民健康保険の被保険者資格喪失について（通知）

あなたの世帯は、伊勢原市国民健康保険に加入していましたが、職場の健康保険に加入されていることが確認されましたので、
年 月 日より伊勢原市国民健康保険の資格が喪失されました。

つきましては、現在お持ちの伊勢原市の国民健康保険被保険者証は使用できませんので、至急国民健康保険の担当までお返してください。

なお、職場の健康保険加入日以降に伊勢原市の国民健康保険被保険者証で受診されている場合又は療養費等の支給を受けている場合は、伊勢原市が病院等に支払いした金額（保険者負担分）を返還していただくこととなりますので、御理解くださるようお願いいたします。

なお、国民健康保険税の変更につきましても、後日、国民健康保険税更正決定通知書を送付させていただきます。

事務担当は、伊勢原市
TEL

第4号様式（第6条関係）

伊 第 号
年 月 日

様

伊勢原市長

印

伊勢原市国民健康保険の被保険者資格喪失について（通知）

あなたの世帯の 様は、伊勢原市国民健康保険に加入していましたが、職場の健康保険に加入されていることが確認されたので、
年 月 日より伊勢原市国民健康保険の資格が喪失されました。

つきましては、現在お持ちの伊勢原市の国民健康保険被保険者証は使用できませんので、至急国民健康保険の担当までお返してください。

なお、職場の健康保険加入日以降に伊勢原市の国民健康保険被保険者証で受診されている場合又は療養費等の支給を受けている場合は、伊勢原市が病院等に支払いした金額（保険者負担分）を返還していただくこととなりますので、御理解くださるようお願いいたします。

なお、国民健康保険税の変更につきましても、後日、国民健康保険税更正決定通知書を送付させていただきます。

事務担当は、伊勢原市
TEL