

○大竹市乳幼児等医療費支給条例施行規則

平成13年7月31日

規則第30号

改正 平成15年5月30日規則第19号  
平成22年3月16日規則第3号  
平成24年4月1日規則第15号  
平成27年1月23日規則第1号  
平成27年12月28日規則第32号  
平成28年3月31日規則第6号  
平成28年4月1日規則第10号  
平成28年8月15日規則第22号  
平成29年3月28日規則第18号

大竹市乳幼児医療助成条例施行規則（平成5年大竹市規則第5号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この規則は、大竹市乳幼児等医療費支給条例（平成13年大竹市条例第11号。以下「条例」という。）の施行に関し、必要な事項を定めるものとする。

（用語）

第2条 この規則で使用する用語は、条例で使用する用語の例によるものとする。

（認定申請）

第3条 条例第4条第1項の規定により受給資格の認定を受けようとする者は、乳幼児等医療費受給資格認定（更新）申請書（様式第1号。以下「認定等申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて申請しなければならない。

- (1) 乳幼児を養育している主たる被扶養者の前年の所得（1月1日から6月1日までの間に出生した場合にあっては、前々年の所得）の状況を証明する書類
- (2) 乳幼児等が国民健康保険法（昭和33年法律第192号）による被保険者であることを証する被保険者証又は社会保険各法による被扶養者であることを証する被保険者証若しくは組合員証の写し
- (3) その他市長が必要と認めた書類

（登録及び受給者証の交付）

第4条 市長は、前条の規定による申請により受給資格があると認定したときは、受給者の登録を行い、当該申請者にこども医療費受給者証（様式第2号。以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

（受給者証の更新申請等）

第5条 受給者は、乳幼児の満1歳から満6歳に達する日の属する月の末日から1月以内に、認定等申請書に第3条各号に掲げる書類を添え、これを市長に提出して受給者証の更新を申請するものとする。ただし、市長が公簿等により受給資格があることを確認することができるときは、更新の申請があったものとみなし、認定等申請書の提出を省略することができる。

2 前項ただし書の規定は、大竹市の公簿等により受給資格があることを確認することができない場合であって、受給者が他市町村の公簿等に記載された事項を確認することができる書類を提出し、当該書類により受給資格があることを確認することができるときに準用する。

(受給者証の再交付申請)

第6条 受給者は、受給者証を破損し、汚損し、又は紛失したときは、受給者証再交付申請書(様式第3号)を市長に提出してその再交付を申請することができる。

2 前項の場合において、受給者証を破損し、又は汚損したときは、同項の申請書にその受給者証を添えなければならない。

3 市長は、第1項の規定による申請により受給者であることを確認したときは、受給者証を再交付するものとする。

(受療の手続)

第7条 受給者は、医療を受けようとするときは、保険医療機関等に第3条第2号に規定する被保険者証又は組合員証及び受給者証を提示しなければならない。

(乳幼児等医療費の支給申請)

第8条 条例第7条第1項の請求は、乳幼児等医療費支給申請書(様式第4号)により行うものとする。

2 前項の申請書には、当該医療について条例第5条第1項に規定する医療に関する給付が行われたことを証明した書類、医療に要した費用に関する証拠書類その他市長が必要と認めた書類を添付しなければならない。

(費用の支払の請求)

第9条 保険医療機関等は、条例第7条第2項の規定により受給者が当該保険医療機関等に支払うべき費用の支払を市長に請求しようとするときは、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める書類を市長に提出するものとする。

(1) 保険医療機関等(指定訪問看護事業者を除く。)が請求する場合 福祉医療費請求書

(2) 指定訪問看護事業者が請求する場合 福祉医療費請求書(老人訪問看護療養費又は訪問看護療養費)

(変更の届出)

第10条 受給者は、次の各号のいずれかに該当するときは、14日以内に受給者証記載事項変更届(様式第5号)に受給者証及び市長が必要と認めた書類を添えて市長に提出しなければならない

い。

- (1) 受給者証の記載事項に変更が生じたとき。
- (2) 受給者の疾病若しくは負傷について条例第5条第1項に規定する医療に関する給付を行う保険者若しくは共済組合に変更が生じたとき、又は当該医療に関する給付の内容に変更が生じたとき。
- (3) 被保険者証又は組合員証の記号番号に変更が生じたとき。

2 前項第2号及び第3号の届出は、第3条第2号に掲げる書類を添えて行うものとする。

(受給者証の修正)

第11条 市長は、前条第1項第1号の届出があったときは、受給者証の記載事項を修正するものとする。

(受給資格喪失の届出)

第12条 受給者は、次の各号のいずれかに該当するときは、14日以内に受給資格喪失届（様式第6号）に市長が必要と認めた書類を添えて市長に提出しなければならない。

- (1) 市の区域外に居住地を変更したとき。
- (2) 国民健康保険法第6条第9号又は第11号の規定に該当するに至ったとき。
- (3) 条例第3条第1項に規定する受給資格者の要件に該当しなくなったとき。

(死亡の届出)

第13条 受給者が死亡したときは戸籍法（昭和22年法律第224号）の規定に基づく死亡の届出義務者は、14日以内に、受給資格喪失届に市長が必要と認めた書類を添えて市長に提出しなければならない。

(第三者の行為による被害の届出)

第14条 乳幼児等医療費の支給事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、乳幼児等医療費の支給を受け、又は受けようとする者は、その事実、当該第三者の氏名及び住所（氏名又は住所が明らかでないときは、その旨）並びに被害の状況を、直ちに市長に届け出なければならない。

(受給者証の返還)

第15条 受給者は、次の各号のいずれかに該当したときは、速やかに受給者証を返還しなければならない。

- (1) 受給資格を喪失したとき。
- (2) 受給者証の有効期間が満了したとき。
- (3) 第6条第3項の規定により、受給者証の再交付を受けた後、紛失した受給者証を発見したとき。

(職権による処理等)

第16条 市長は、この規則に規定する申請書又は届書に添えて提出する書類により証明すべき事実を公簿等により確認することができるときは、当該書類を省略させることができる。

2 市長は、第10条又は第12条の届出がない場合においても、公簿等により受給資格のないことを確認したときは、職権により処理することができる。

(乳幼児等医療費に関する処分の通知)

第17条 市長は、乳幼児等医療費の支給に関する処分をしたときは、文書をもってその内容を申請者に通知しなければならない。この場合において、乳幼児等医療費の全部又は一部につき不支給の処分をしたときは、その理由を付記しなければならない。

附 則

この規則は、平成13年8月1日から施行する。

附 則 (平成15年5月30日規則第19号)

この規則は、平成15年6月1日から施行する。

附 則 (平成22年3月16日規則第3号)

この規則は、平成22年4月1日から施行する。

附 則 (平成24年4月1日規則第15号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成27年1月23日規則第1号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成27年12月28日規則第32号)

(施行期日)

1 この規則は、平成28年1月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現に提出されている様式は、改正後の様式によるものとみなす。

3 この規則の施行の際現にある様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

附 則 (平成28年3月31日規則第6号)

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則 (平成28年4月1日規則第10号)

(施行期日)

1 この規則は、平成28年7月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の日前に受けた療養の給付等に係る改正前の大竹市乳幼児等医療費支給条例施行規則による乳幼児等医療費の支給については、なお従前の例による。

(準備行為)

- 3 受給資格の認定の申請に関し必要な準備行為は、この規則の施行の日前においても行うことができる。

(大竹市行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例施行規則の一部改正)

- 4 大竹市行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に基づく個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例施行規則（平成27年大竹市規則第33号）の一部を次のように改正する。

(次のよう略)

附 則（平成28年8月15日規則第22号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成29年3月28日規則第18号）

この規則は、平成29年4月1日から施行する。



こども医療費受給者証			
公費負担者番号			
公費負担医療の受給者番号			
乳幼児	氏名		
	生年月日		
保護者	氏名		
	住所		
一部負担金 (自己負担) 限度額	通院	500円/日 (月4日まで)	
	入院	500円/日 (月14日まで)	
有効期間	年 月 日から		
	年 月 日まで		
発行機関名 及び印	広島県大竹市長		
交付年月日	年 月 日		

注 意 事 項
1 この証は，対象となるこどもの乳幼児等医療費の支給を受けることができる証ですから大切に保持してください。
2 保険医療機関等において診療を受ける場合は，被保険者証又は組合員証に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。
3 この証で診療を受ける場合は，この証の表面に記載された金額及び日数を限度とする一部負担金を保険医療機関等（同一の保険医療機関等における歯科診療及び歯科診療以外の診療は，それぞれ別の保険医療機関等とみなす。）ごとに支払ってください。 なお，保険薬局で薬剤の支給を受けた場合は一部負担金を支払う必要はありません。
4 200床以上の病院での紹介状なしの初診料，健康診断，予防接種，歯列矯正，室料差額，おむつ代など保険給付が行われな いものについては，乳幼児等医療費の支給対象とはなりません。
5 この証に記載してある事項に変更があった場合には，速やかに市長に届け出てください。
6 受給資格がなくなったとき，又はこの証の有効期間が切れたときは，この証を使用することができませんので，速やかに市長に返還してください。
7 この証を破損し，汚損し，又は紛失したときは，再交付を申請してください。
8 この証は，広島県外の保険医療機関等で診療を受ける場合は使用できません。広島県外の保険医療機関等で診療を受けたときは，乳幼児等医療費支給申請書（償還払用）の診療報酬領収証明書欄に広島県外の保険医療機関等の証明を受けて，市の窓口 に乳幼児等医療費の支給を申請してください。

## 受 給 者 証 再 交 付 申 請 書

医療の種類					
受給対象者	フリガナ				性別
	氏名				男・女
	生年月日	年	月	日	
	個人番号	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
	住所	大竹市			TEL -
	受給者番号	□□□□□□□□	□□□□□□□□	□□□□□□□□	
医療保険	被保険者氏名				続柄
	被保険者住所				
	保険の種類	1 協会けんぽ 2 健保組合 3 共済組合 4 国保 5 国保組合 6 その他			
	記号・番号				
	保険者				
	保険者所在地				
申請の理由 1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他 ( )					

上記のとおり、受給者証の再交付を申請します。

年 月 日

大 竹 市 長 様

(申請者) 住所 : \_\_\_\_\_  
 氏名 : \_\_\_\_\_  
 個人番号 □□□□□□□□ □□□□□□□□ □□□□□□□□ □□□□□□□□

受付 : 年 月 日				交付処理
決	課長	係長	係員	
裁				
年 月 日				月 日



### 乳幼児等医療費支給申請書 (償還払分)

受給者 (保護者)	公費負担者番号									協会けんぽ・健保組合・共済組合・国保・国保組合・その他	
	医療受給者番号									保 険 者 :	
	氏 名									記号・番号 :	
	生年月日		年		月		日	被保険者氏名 :			
	個人番号										
	住 所									電話番号 :	— —
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・信漁連				本店 支店 出張所	1 普通預金 2 当座預金	口座番号			
	記号・番号 (ゆうちょ銀行の場合)										
	口座名義人 (カタカナ)										
上記のとおり申請します。											
年 月 日											
大 竹 市 長 様											
受給者 (保護者)											
住所 大竹市											
氏 名 <span style="float: right;">㊟</span>											

診 療 報 酬 領 収 証 明 書											
受診者氏名 :				年 月 診療分				入 院 ・ 入 院 外			
生年月日 : 年 月 日				診療実日数 日				医科・歯科・調剤・その他			
保 険 医 療 総 点 数							領 収 額				
合 計 点 数										円	
(再掲)	入院外 (医科・歯科・調剤・その他) 1 日目										円
	入院外 (医科・歯科・調剤・その他) 2 日目										円
	入院外 (医科・歯科・調剤・その他) 3 日目										円
	入院外 (医科・歯科・調剤・その他) 4 日目										円
	入院外 (医科・歯科・調剤・その他) 5 日目以降の計										円
上記のとおり証明します。											
年 月 日											
保険医療機関等 所在地 名 称 代表者 電話番号 — — <span style="float: right;">㊟</span>											

**(注意事項)**

- この申請書は、医療費自己負担分を現金で支払った場合、保険医療機関等ごとに使用するものです。1か月単位で証明を受けてください。
- 上段の申請欄(太線内)は、受給者(保護者)が記入してください。
- 中段の診療報酬領収証明書欄(二重線内)は、保険医療機関等で証明してもらってください。なお、領収書(受診者氏名、保険診療点数、領収額が記載されているもの)がある場合は、証明はいりません。
- 受給者(保護者)と口座名義人が異なる場合は、別途委任状が必要となります。

### 受給者証記載事項変更届

医療の種類											
受給者	フリガナ	-----								性別	
	氏名									男・女	
	生年月日	年		月		日					
	個人番号										
	住所	大竹市				TEL		-			
	受給者番号										
変更事項		変更前				変更後					
氏名											
住所											
医療 保 険	被保険者氏名										
	被保険者住所										
	保険の種類										
	記号・番号										
	保険者										
	保険者所在地										
変更年月日		年		月		日					

上記のとおり、変更したので届け出ます。

年 月 日

大 竹 市 長 様

(届出人)

住所： -----

氏名： ----- ㊟

個人番号 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受 付：		年 月 日	
決 裁	課 長		係 長
	係 員		
		年 月 日	

## 受 給 資 格 喪 失 届

医療の種類					
受 給 者	フリガナ				性 別
	氏 名				男・女
	生年月日	年	月	日	
	個人番号				
	住 所	大竹市			TEL -
	受給者番号				
資格喪失年月日		年	月	日	
資格喪失事由	1 他市町村に転出した 2 医療保険の資格を喪失した 3 死亡した 4 その他( )				

上記のとおり、資格喪失したので届け出ます。

年 月 日

大 竹 市 長 様

住 所 : -----  
 (届出人)  
 氏 名 : ----- ㊞

		受 付 : 年 月 日			交付処理	
決 裁	課 長		係 長			係 員
	年 月 日			月 日		

様式第1号 (第4条, 第6条関係)

様式第2号 (第5条, 第6条, 第7条, 第8条, 第11条, 第12条, 第16条関係)

様式第3号 (第7条関係)

様式第4号 (第9条関係)

様式第5号 (第11条関係)

様式第6号 (第13条, 第14条関係)