

○大竹市ひとり親家庭等医療費支給条例施行規則

平成13年7月31日

規則第28号

改正 平成22年3月16日規則第3号

平成24年6月26日規則第20号

平成27年12月28日規則第30号

平成29年3月28日規則第18号

平成30年12月27日規則第27号

大竹市母子家庭医療費助成条例施行規則（平成8年大竹市規則第7号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この規則は、大竹市ひとり親家庭等医療費支給条例（平成12年大竹市条例第33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。

（条例第3条第2項ただし書の特別な事情があると市長が認めた者）

第2条の2 条例第3条第2項ただし書の特別な事情があると市長が認めた者は、住家が全壊、半壊、全焼、半焼又はこれらに準ずる被害を受けた者とする。

（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、ひとり親家庭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) 条例第3条第2項第2号の規定によって所得要件を付されている者の前年分（1月から7月までの申請の場合は、前々年分）の所得金額及びその内訳、所得控除の内訳並びに扶養親族の人数を証する書類

(2) その他市長が必要と認めた書類

2 前項の規定による申請には、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）若しくは高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）による被保険者の被保険者証又は社会保険各法による被保険者若しくは被扶養者の被保険者証若しくは組合員証を提示しなければならない。

3 条例第3条第2項ただし書の規定により受給資格の認定を受けようとする場合は、震災、風水害、火災、落雷その他の災害により被害を受けた日（以下「被災した日」という。）から1年以内に第1項の規定による申請を行わなければならない。

（登録及び受給者証の交付）

第4条 市長は、前条第1項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、当該申請者にひとり親家庭等医療費受給者証（様式第2号。以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

- 2 受給者証の有効期間は、8月1日から翌年7月31日まで（最初に交付される受給者証にあつては、当該受給者が前項の規定による認定を受けた日から最初に到来する7月31日まで）とする。ただし、条例第3条第2項ただし書の規定により受給資格者となった者に係る受給者証の有効期間は、当該受給者が前項の規定による認定を受けた日又は被災した日から当該日から起算して1年を経過する日までとする。

（受給者証の更新申請等）

第5条 受給者は、毎年6月1日から同月30日までの間に認定等申請書に第3条第1項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、更新の申請があつたものとみなし、認定等申請書の提出を省略することができる。

- 2 前項の規定にかかわらず、条例第3条第2項ただし書の規定により受給資格者となった者に係る受給者証は、更新しない。

- 3 第1項の規定による申請については、第3条第2項の規定を準用する。

- 4 第1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つて、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。

（ひとり親家庭等医療費の支給申請）

第7条 条例第7条第1項の申請は、ひとり親家庭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8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9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。

- (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号の届出については、第3条第2項の規定を準用する。

（受給者証の修正）

第10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11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12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13条 ひとり親家庭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、ひとり親家庭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14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15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9条又は第11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。

(ひとり親家庭等医療費に関する処分の通知)

第16条 市長は、ひとり親家庭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、ひとり親家庭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6月26日規則第20号)

この規則は、平成24年8月1日から施行する。

附 則 (平成27年12月28日規則第30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。

附 則 (平成30年12月27日規則第27号)

この規則は、公布の日から施行し、平成30年4月1日から適用する。

様式第1号(第3条, 第5条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格認定(更新)申請書

次のとおり, ひとり親家庭等医療費受給資格認定の申請をします。

なお, 大竹市ひとり親家庭等医療費支給条例に基づく資格認定及び受給者証更新審査のために, 私の世帯員・扶養義務者の住民基本台帳及び住民税課税台帳等の閲覧に同意します。

年 月 日

大竹市長様

住所 大竹市

氏名 印

個人番号

連絡先

世帯状況	氏名	性別	生年月日	続柄	勤務先又は在学学校及び学年	該当・非該当	所得税の課税状況	確認	
	個人番号					該当・非該当	課税・非課税		
	個人番号					該当・非該当	課税・非課税		
	個人番号					該当・非該当	課税・非課税		
	個人番号					該当・非該当	課税・非課税		
	個人番号					該当・非該当	課税・非課税		
	個人番号					該当・非該当	課税・非課税		
	個人番号					該当・非該当	課税・非課税		
申請の理由		1 離婚 2 死別 3 その他( )							
公的年金又は児童扶養手当の受給状況		1 受けている(名称 記号番号) 2 受けていない 3 申請中(ア 公的年金 イ 児童扶養手当)							
医療保険	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							
	被保険者氏名					申請者との続柄			
	記号・番号	(記号)				(番号)			
	保険者	(保険者番号)							
	保険者所在地								
	付加給付の有無	1 有 2 無							

※ ここから下は, 記入しないでください。

受付年月日	年 月 日		
受給者番号			
有効期間	年 月 日～ 年 月 日		年 月 日交付
起案:	年 月 日		決裁:
施行:	年 月 日		完結:
決裁	課長	係長	係
			公印使用承認
	※ 認定 審査結果 却下 理由		
	・課税世帯 ・ひとり親実態無		

様式第2号（第4条，第5条，第6条，第9条，第10条，第14条関係）

ひとり親家庭等医療費受給者証				
公費負担者番号				
公費負担医療の受給者番号				
受給者	住所			
	氏名	生年月日	性	
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、ひとり親家庭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、美容整形、歯列矯正、室料差額など保険給付が行われないうものについては、ひとり親家庭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、ひとり親家庭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、市の窓口へひとり親家庭等医療費の支給を申請してください。

様式第3号（第6条関係）

受給者証再交付申請書

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						
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 裁	課長		係長	係員	
年 月 日					月 日

様式第4号（第7条関係）

ひとり親家庭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											
振込先	住 所											電話番号 : — —
	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												住 所 大竹市
受給者 (保護者)												氏 名

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						点 円					
	入院外(医科・歯科・調剤・その他) 2日目						点 円					
	入院外(医科・歯科・調剤・その他) 3日目						点 円					
	入院外(医科・歯科・調剤・その他) 4日目						点 円					
	入院外(医科・歯科・調剤・その他) 5日目以降の計						点 円					
上記のとおり証明します。												
保険医療機関等						所在地 名 称 代表者 電話番号 — —						

(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。



様式第5号（第9条関係）

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			

様式第6号（第11条，第12条関係）

受給資格喪失届

資格喪失者氏名 個人番号	性別	生年月日	勤務先又は在学学校及び学年
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
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 ひとり親家庭でなくなった 4 死亡した 5 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
決 裁	課長		係長	係員		
年 月 日						

様式第1号（第3条，第5条関係）

様式第2号（第4条，第5条，第6条，第9条，第10条，第14条関係）

様式第3号（第6条関係）

様式第4号（第7条関係）

様式第5号（第9条関係）

様式第6号（第11条，第12条関係）