○吉富町子ども医療費の支給に関する条例施行規則

平成２２年３月２３日

規則第５号

改正　平成２２年９月２１日規則第１４号

平成２７年１２月２８日規則第１７号

平成２８年９月３０日規則第２３号

（趣旨）

第１条　この規則は、吉富町子ども医療費の支給に関する条例（平成２２年条例第５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。

（受給資格の認定申請の手続）

第２条　条例第５条第１項の規定により、子ども医療費の受給資格の認定を受けようとする者は、あらかじめ子ども医療費受給資格認定申請書に次の各号に掲げる書類を添え、これを吉富町長に提出しなければならない。

（１）　医療保険各法による被保険者証、組合員証又は加入者証

（２）　条例第３条第１号に規定する対象者であることを証する書類

（３）　その他吉富町長が必要と認める書類

２　前項の規定により添付しなければならない書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類の添付を省略させることができる。

（医療証の交付及び未交付の通知）

第３条　条例第６条第１項の規定による子ども医療証（以下「医療証」という。）の交付は、吉富町長が同項の受給資格者に対して医療証の交付の可否を子どもごとに審査したうえ、行うものとする。

２　吉富町長は、条例第６条第２項の規定により、医療証を交付しないものと決定したときは、その理由を附して、当該受給資格者に対し通知するものとする。

（医療証の有効期限等）

第４条　第１１条第２号に規定する医療証の有効期限は、当該子どもが１５歳に達

する日以後の最初の３月３１日までとする。

２　受給資格者は、医療証の有効期限が過ぎたときは、当該医療証を、速やかに吉富町長に返還しなければならない。

（医療証の再交付）

第５条　受給資格者は、医療証を破り、よごし、又は失ったときは、子ども医療証再交付申請書を吉富町長に提出して、医療証の再交付を受けることができる。

２　医療証を破り、又はよごした場合における前項の申請書には、その医療証を添えなければならない。

３　受給資格者は、医療証の再交付を受けた後、失った医療証を発見したときは、速やかに吉富町長に返還しなければならない。

（保険医療機関等）

第６条　条例第７条で規定する規則で定める病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーションは、健康保険法（大正１１年法律第７０号）第６３条第３項第１号の保険医療機関及び保険薬局、同法第８８条の指定訪問看護事業者が運営する訪問看護ステーション、その他吉富町長の定める病院、診療所又は薬局（以下「保険医療機関等」という。）とする。

（子ども医療費の請求）

第７条　保険医療機関等は、条例第８条の規定により、子ども医療費の支払を吉富町長に請求しようとするときは、請求書を吉富町長に提出しなければならない。ただし、子どもが国民健康保険の被保険者以外にあっては、子障親医療費請求書又は子障親訪問看護療養費請求書を提出するものとする。

（子ども医療費の支給申請）

第８条　受給資格者は、条例第８条の規定により、子ども医療費の支給を受けようとするときは、必要な証拠書類を添えて子ども医療費支給申請書を吉富町長に提出しなければならない。

２　吉富町長は、子どもが吉富町国民健康保険の被保険者であって、当該子どもに係る子ども医療費の額を公簿等によって確認できるときは、前項の証拠書類の提

出を省略させることができる。

（子ども医療費に関する決定の通知）

第９条　吉富町長は、前条第１項による申請書が提出された場合において、子ども医療費の支給に関する決定をしたときは、文書をもってその内容を申請者に通知するものとする。この場合において、子ども医療費の全部又は一部につき不支給の決定をしたときは、その理由を附記するものとする。

（届出）

第１０条　条例第１０条で規定する規則で定める事項は、次の各号に掲げるとおりとする。

（１）　子どもの住所及び氏名

（２）　子どもの世帯主又は被保険者、組合員若しくは加入者（以下「被保険者等」という。）の住所及び氏名

（３）　受給資格者の住所及び氏名（受給資格者が被保険者等でない場合のみ）

（４）　子どもの死亡

（５）　子どもの彼保険者等

（６）　子どもの被保険者等に係る保険者

（７）　その他吉富町長が必要と認める事項

２　受給資格者は、条例第１０条の規定により、届出をしようとするときは、子ども医療変更届に医療証を添え、これを吉富町長に提出しなければならない。

３　受給資格者は、条例第３条に規定する対象者でなくなったときは、子ども医療費受給資格喪失届に医療証を添えて、これを吉富町長に提出しなければならない。

４　受給資格者は、子ども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、その旨を直ちに吉富町長に届け出なければならない。

（様式）

第１１条　この規則の施行に関し必要な書類の様式は、次のとおりとする。

（１）　子ども医療費受給資格認定申請書兼台帳　別記様式第１号

（２）　子ども医療証　別記様式第２号

（３）　子ども医療証再交付申請書　別記様式第３号

（４）　子障親医療費請求書（医科、歯科用）　別記様式第４号

（５）　子障親医療費請求書（調剤用）　別記様式第５号

（６）　子障親訪問看護療養費請求書　別記様式第６号

（７）　子ども医療費支給申請書　別記様式第７号

（８）　子ども医療変更届　別記様式第８号

（９）　第三者の行為による被害届　別記様式第９号

（１０）　子ども医療費受給資格喪失届　別記様式第１０号

附　則

（施行期日）

１　この規則は、平成２２年４月１日から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。

（準備行為）

２　吉富町長は、前項の規定にかかわらず、この規則の施行の日前においても、この規則の規定により、受給資格の認定及び受給資格者に対する医療証の交付の手続きをすることができる。

附　則（平成２２年９月２１日規則第１４号）

（施行期日）

この規則は、平成２２年１０月１日から施行する。

附　則（平成２７年１２月２８日規則第１７号）

この規則は、平成２８年１月１日から施行する。

附　則（平成２８年９月３０日規則第２３号）

（施行期日）

１　この規則は、平成２８年１０月１日から施行する。

（吉富町乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則）

２　吉富町乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則（昭和４９年規則第６号）は廃止する。

（経過措置）

3　この規則による改正後の吉富町子ども医療費の支給に関する条例施行規則の規定は、施行日以後に受ける医療に係る子ども医療から適用し、施行日前に受けた医療に係る医療費については、なお従前の例による。

（準備行為）

4　町長は施行日前においても、改正後の吉富町子ども医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、受給資格者に対する子ども医療証の交付をすることができる。

別記様式第1号(第11条関係)

子ども医療費受給資格認定申請書兼台帳

医療証番号								資格認定年月日	年　月　日 出生・転入・その他	医療証有効期限	入院外	年　月　日		
											入院	年　月　日		
資格喪失年月日	年　月　日							喪失理由	生保受給・障害者医療・ひとり親家庭等医療・転出・その他					
子ども	ふりがな								男・女	住所	吉富町大字			
	氏名	(　年　月　日生)									(　・　・　変更)			
	個人番号													
保護者	氏名							子どもとの続柄		住所				
		(　・　・　変更)									(　・　・　変更)			
		(　・　・　変更)									(　・　・　変更)			
医療保険	保険種別	政・組・日 船・共・国	被保険者証の氏名記号番号	氏名		記号		番号						
				氏名		記号		番号	(　・　・　変更)					
	保険者名		保険者番号		所在地			付加給付の有無	有・無					
						(　・　・　変更)			有・無					

上記のとおり子ども医療費受給資格認定を申請します。

年　月　日

電話

吉富町長　様　　申請者　住所

氏名　㊞

別記様式第2号(第11条関係)

(表面)

㊖	福岡県・吉富町子ども医療 医　療　証								
有効期間									
負担者番号	8	1	4	0	1	2	5	9	
受給者番号									
受給者	住所								
	氏名								性別
	生年月日								
一部自己負担金									
発行機関名及び印	福岡県 吉富町長								
交付年月日									

※この証は福岡県と大分県中津市内以外の保険医療機関等では使用できません。

(裏面)

注意事項

1　この証は、吉富町の条例により子ども医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。
2　子どもが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、この証を必ず窓口に提出してください。また、入院される際には上記の他、限度額認定証も提示してください。
　※限度額認定証…子どもが加入している医療保険者に申請することにより、交付されます。
3　子どもが吉富町の区域外に転出したとき、又は有効期間を経過したときは、この証を使用することができませんので、速やかに町長に返してください。
4　子どもやその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに町長にその旨を届け出てください。
5　子どもが加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに町長にその旨を届け出てください。
6　この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額の経費は、公費負担されません。
7　他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。
　(後日、吉富町に払い戻しの申請を行ってください。)
　※ただし、一部の他公費医療については使用できる場合があります。

吉富町役場　健康福祉課　　24-1123

備考　1　印刷色　黒色
　　2　地色　　ラベンダー色

別記様式第3号(第11条関係)

子ども医療証再交付申請書

年　　月　　日

吉富町長　　様

申請者　住　所

氏　名　　㊞

下記のとおりですから、子ども医療証を再交付してくださるよう申請します。

子ども医療証の受給者番号							

子どもの個人番号											

子どもの氏名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請の理由　1　なくした

2　やぶれた

3　よごした

4　その他　(　　)

別記様式第4号（第11条関係）

1	3	8
医科	歯科	医保

年　　月分　　子障親医療費請求書

4	0				

様

医療機関
コ ー ド

下記のとおり請求する。

年　　月　　日

保険医療機関等の
所在地及び名称
開 設 者 氏 名　　㊞

	保険給付割合別		件数	診療実日数	総点数	子・障・親医療費給付外の額	一部負担金	備考
⑤子ども	7割	請求						
		＊決定						
	8割	請求						
		＊決定						
	割	請求						
		＊決定						

	保険給付割合別		件数	診療実日数	総点数	子・障・親医療費給付外の額	一部負担金	備考
⑥障害者	7割	請求						
		＊決定						
	8割	請求						
		＊決定						
	割	請求						
		＊決定						

	保険給付割合別		件数	診療実日数	総点数	子・障・親医療費給付外の額	一部負担金	備考
⑨ひとり親	7割	請求						
		＊決定						
	8割	請求						
		＊決定						
	割	請求						
		＊決定						

（注）　※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者（市町村）が異なる場合は、それぞれに添付してください。

別記様式第5号（第11条関係）

4	8
調剤	医保

年　　月分　　子障親医療費請求書

4	0				

様

薬　　局
コ　ー　ド

下記のとおり請求する。

年　　月　　日

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名　　㊞

	保険給付割合別		件数	処方せんの枚数	総点数	一部負担金	備考
⑤子ども	7割	請求					
		＊決定					
	8割	請求					
		＊決定					
	割	請求					
		＊決定					

	保険給付割合別		件数	処方せんの枚数	総点数	一部負担金	備考
⑥障害者	7割	請求					
		＊決定					
	8割	請求					
		＊決定					
	割	請求					
		＊決定					

	保険給付割合別		件数	処方せんの枚数	総点数	一部負担金	備考
⑨ひとり親	7割	請求					
		＊決定					
	8割	請求					
		＊決定					
	割	請求					
		＊決定					

（注）　※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者（市町村）が異なる場合は、それぞれに添付してください。

別記様式第6号（第11条関係）

9	8
訪	医保

年　　月分　　子障親訪問看護療養費請求書

4	0					様

訪　問　看　護
ステーションコード

下記のとおり請求する。

訪問看護ステーション
の所在地及び名称
開　設　者　氏　名　　㊞

年　　月　　日

	保険給付割合別		件数	実日数	総金額	子・障・親訪問看護療養費給付外の額	※金額	備考
⑤子ども	7割	請求						
		＊決定						
	8割	請求						
		＊決定						
	割	請求						
		＊決定						

	保険給付割合別		件数	実日数	総金額	子・障・親訪問看護療養費給付外の額	※金額	備考
⑥障害者	7割	請求						
		＊決定						
	8割	請求						
		＊決定						
	割	請求						
		＊決定						

	保険給付割合別		件数	実日数	総金額	子・障・親訪問看護療養費給付外の額	※金額	備考
⑨ひとり親	7割	請求						
		＊決定						
	8割	請求						
		＊決定						
	割	請求						
		＊決定						

（注）　※印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者（市町村）が異なる場合は、それぞれに添付してください。

別記様式第7号(第11条関係)

子ども医療費支給申請書

年　　月　　日

吉富町長　　様

申請者　住　所

氏　名　　㊞

次のとおり、(一部負担金・療養費)を支払いましたので、子ども医療費の支給を申請します。

子ども医療証の受給者番号								被保険者証等の記号・番号	
子どもの個人番号									
子どもの氏名								世帯主、被保険者等氏名	
傷病名									
	療養期間　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで								
医療機関	所在地 名　称								
医療費総額	円							申請額	円
申請理由 (該当する番号を○で囲む)	1　医療保険各法による療養費が支給された 2　県外の医療機関等で受診した 3　その他(　　)								

(決　裁　欄)

別記様式第8号(第11条関係)

子 ど も 医 療 変 更 届

年　　月　　日

吉富町長　　様

住　所

届出人　氏　名　　㊞

子どもの
氏名

子ども医療証の
受給者番号

子どもの
個人番号

下記のとおり変更がありましたので、お届けします。

Ⅰ　変更事項(該当するものを○で囲む)

1　子どもの住所　　2　世帯主等の住所　　3　子どもの氏名

4　世帯主等の氏名　　5　子どもの世帯主、被保険者等

6　被保険者証等の記号・番号

7　その他(　　)

Ⅱ　変更の内容

変更年月日	変　更　前	変　更　後

別記様式第9号（第11条関係）

第三者の行為による被害届

年　　月　　日

吉富町長　　様

届出人　住所
氏名　　㊞

次のとおり届けます。

<table>
<tr><td rowspan="2">被　害　者</td><td>受給者番号</td><td></td><td>受給資格者名
（電話）</td><td colspan="3">（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者個人番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>加　害　者</td><td>住所</td><td></td><td>氏名</td><td></td><td>職業</td><td>電話</td></tr>
<tr><td>加害者の使用者</td><td>住所</td><td></td><td>氏名</td><td></td><td>職業</td><td>電話</td></tr>
<tr><td colspan="7">負傷の日時及び場所　　年　月　日午前・午後　時　分頃　場所</td></tr>
<tr><td>発病の原因又は負傷時の状況</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">疾病又は負傷の程度</td><td colspan="2"></td><td>治ゆまでの見込み</td><td colspan="2">入院　　日
通院　　日
診療費総額　　円</td></tr>
<tr><td rowspan="2">診療を受けた医師名</td><td>当　初</td><td>住所</td><td></td><td>氏名</td><td colspan="2">電話</td></tr>
<tr><td>転医後</td><td>住所</td><td></td><td>氏名</td><td colspan="2">電話</td></tr>
<tr><td rowspan="2">自動車事故の場合</td><td>自動車番号</td><td colspan="2"></td><td>自動車所有者住所・氏名</td><td colspan="2">電話</td></tr>
<tr><td>自動車損害賠償責任保険契約社</td><td colspan="2"></td><td>所　在　地</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>損害賠償に関する交渉の経過</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

別記様式第10号（第11条関係）

子ども医療費受給資格喪失届

年　　月　　日

吉富町長　　様

届出人　　住所

氏名

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。

<table>
<tr><td colspan="2">受給資格喪失の事由</td><td>1　転出予定
2　生活保護受給
3　死亡
4　吉富町重度障害者医療費受給
5　吉富町ひとり親家庭等医療費受給
6　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">受給資格喪失年月日</td><td>平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">医療証</td><td>受給者番号</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
</table>

別記様式第１号（第１１条関係）

別記様式第２号（第１１条関係）

別記様式第３号（第１１条関係）

別記様式第４号（第１１条関係）

別記様式第５号（第１１条関係）

別記様式第６号（第１１条関係）

別記様式第７号（第１１条関係）

別記様式第８号（第１１条関係）

別記様式第９号（第１１条関係）

別記様式第１０号（第１１条関係）