

○白河市子ども医療費の助成に関する条例施行規則

平成27年3月31日規則第20号

改正

平成28年7月1日規則第30号

平成30年8月30日規則第23号

白河市子ども医療費の助成に関する条例施行規則

(趣旨)

**第1条** この規則は、白河市子ども医療費の助成に関する条例（平成22年白河市条例第7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。

(受給資格の登録)

**第2条** 条例第4条の規定により子ども医療費の助成を受けようとする者は、子ども医療費受給資格登録申請書（第1号様式）を市長に提出し、子ども医療費の受給資格の登録を受けなければならない。

2 前項の申請書には、次に掲げる書類を添えなければならない。

- (1) 条例第2条第2項に規定する保護者の扶養親族等の人数、前年の所得及び市町村民税額を確認できる書類
- (2) 条例第2条第3項に規定する医療保険各法による被保険者証又は組合員証
- (3) その他市長が必要と認める書類

3 前項の規定にかかわらず、同項各号の書類により証明すべき事実が公簿等により確認できるときは、当該書類の添付を省略することができる。

(受給資格者証の交付)

**第3条** 前条の規定による申請があつた場合において、当該申請者に受給資格があると認められるときは、子ども医療費受給資格者台帳（第2号様式）に登録し、子ども医療費受給資格者証（第3号様式。以下「受給資格者証」という。）を交付するものとする。

(受給資格者証の提示)

**第4条** 受給資格者証の交付を受けた者（以下「受給資格者」という。）は、子どもが医療を受ける際は、医療機関等に対し受給資格者証を提示しなければならない。

(高額療養費支給に係る助成)

**第5条** 条例第4条第2項に規定する額は、次の算式により算定した額とする。

高額療養費の算 定方法による世 帯合算額から控 除する額	×	一部負担金又は 費用徴収金相当 額（条例第4条第 1項に規定する額）	－	入院時食事 療養費標準 負担額	+			入院時 食事療養費 標準負担額
								高額療養費の算定方法による 世帯合算額

(助成の請求等)

**第6条** 条例第5条第1項の規定により医療機関等が支払を受けようとするときは、こども医療費請求書（第4号様式）にこども医療費連記式明細書（第5号様式）を添えて市長に提出しなければならない。

2 条例第5条第2項に規定する特別の理由とは、次に掲げるものとし、この場合の助成の請求は、当該各号に定める書類を市長に提出し、行うものとする。

(1) 条例第4条第1項に規定する一部負担金（以下「一部負担金」という。）を直接医療機関等で支払った場合 医療機関等から保険診療の証明を受けたこども医療費助成申請書（第6号様式）

(2) 医療保険各法の規定による高額療養費が支給される場合 前号のこども医療費助成申請書及び高額療養費支給決定通知書等又は高額療養費の積算基礎を明らかにした書類

(3) 医療保険各法の規定による高額療養費が支給されない場合で、一部負担金が2万1,000円以上である場合 第1号のこども医療費助成申請書及び高額療養費支給に関する申立書（第7号様式）

(助成の決定通知)

**第7条** 市長は、前条第2項の助成の請求があったときは、その内容を審査し、助成の可否及び助成する額を決定し、こども医療費助成決定通知書（第8号様式）により通知するものとする。

(支払の時期)

**第8条** 前条の規定により助成が決定されたときは、第6条第2項に規定する申請書が月の初日から20日までの間に提出されたものにあつては翌月の末日までに、21日から月の末日までの間に提出されたものにあつては翌々月の末日までに、それぞれ支払うものと

する。

(届出の義務)

**第9条** 受給資格者は、第2条に規定する申請書に記載された事項について変更があったときは、速やかにその旨をこども医療費受給資格内容等変更届(第9号様式)により、市長に届け出なければならない。

(受給資格者証の再交付)

**第10条** 受給資格者証を亡失し、又は損傷したことにより再交付を受けようとする受給資格者は、こども医療費受給資格者証再交付申請書(第10号様式)を市長に提出しなければならない。

(受給資格者証の返還)

**第11条** 受給資格者は、受給資格を喪失したときは、速やかに受給資格者証を市長に返還しなければならない。

(第三者の行為による被害届出)

**第12条** 受給資格者は、こども医療費の助成の事由が第三者の行為によって生じたときは、こども医療費助成に関する第三者行為被害届(第11号様式)により市長に届け出なければならない。

(その他)

**第13条** この規則に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

## 附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成27年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の日の前日までに、廃止前の白河市こども医療費助成に関する条例施行規則(平成22年白河市教育委員会規則第6号)の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則(平成28年7月1日規則第30号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成30年8月30日規則第23号)

この規則は、公布の日から施行する。

第1号様式 (第2条関係)

こども医療費受給資格登録申請書														
申請事由【 <input type="checkbox"/> 出生 ・ <input type="checkbox"/> 転入 ・ <input type="checkbox"/> 加入保険変更 ・ <input type="checkbox"/> 保護者変更】														
受給者番号														
こども氏名	フリガナ	性別	男		生年月日	年					月		日	
			女											
受給者番号														
こども氏名	フリガナ	性別	男		生年月日	年					月		日	
			女											
受給者番号														
こども氏名	フリガナ	性別	男		生年月日	年					月		日	
			女											
保護者氏名		フリガナ	続柄	父		生年月日	年					月		日
				母										
個人番号														
加入保険	被保険者					続柄	父・母		生年月日					
	個人番号											保険者番号		
	事業所名									記号・番号				
振込口座	金融機関名・支店名				口座番号				口座名義人(カナ氏名)					
					普通 当座									
<p>上記のとおり、こども医療費受給資格の登録を申請します。</p> <p>なお、次の条件を付して所得・課税状況を調査することに同意します。</p> <p>1 期間 こども医療費の受給資格取得日から資格を喪失するまで。</p> <p>2 目的 こども医療費助成に係る県補助金対象の有無等を確認するため。</p> <p>3 その他 調査結果を目的外には使用しない。</p>														
年 月 日														
白河市														
住所														
氏名														
(電話 — )														
㊟														

第2号様式 (第3条関係)

こども医療費受給資格者台帳

受給者番号		対象となる者の氏名	続柄	性別	生年月日		個人コード
					年 月 日		
保護者	氏名						電話番号
	住所						
資格取得	年月日	年 月 日	資格取得	年月日	年 月 日		
	異動の事由			異動の事由			
医療保険	保険種別			補助対象			
	記号番号			払込機関	銀行名		
	保険者番号				口座番号		
	保険者名			資格登録申請月日		年 月 日	
備考							

第3号様式 (第3条関係)

(表)

8. 6 c m

5. 4 c m

こども医療費受給資格者証	
受給者番号	
対象となる者の氏名 生年月日 住 所	年 月 日
保護者氏名 (受給者)	
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
交付年月日	年 月 日
発行機関	白河市長 印

(裏)

注意事項
<p>1 この証は、あなたが医療費の助成を受けることができる証ですから大切に保管してください。</p> <p>2 この証は、保険診療のみに適用されるので診療を受けるときは、保険証と一緒に医療機関等に提出してください。</p> <p>3 次の事由が生じたときは、必ず届け出てください。</p> <p>① 氏名に変更があったとき。</p> <p>② 住所を変更したとき。</p> <p>③ 加入保険に変更があったとき。</p> <p>4 受給の資格がなくなったときは、速やかに返還してください。</p>

### 第4号様式 (第6条関係)

区 分	識 別
--------	--------

□□年□□月分子ども医療費請求書

白河市

社保等用	市町村番号	県番号	医療機関コード
		0 7	

保険医療機関等の  
所在地及び名称

電話番号

開設者氏名

印

下記のとおり請求する。

年 月 日

明細書枚数 枚	件数 件	総点数 点	請求額	
			一部負担金 円	食事療養費標準負担額 円

### 第5号様式 (第6条関係)

白河市

年 月分子ども医療費〔連記式〕明細書

保険者医療機関等  
の所在地及び名称  
電話番号  
開設者氏名

区 分	識 別
--------	--------

N o.	
---------	--

社保等用	市町村番号	県番号	医療機関コード
		0 7	

受給者番号	※① 性別	生年月日			診療年月		診療日数 日	点数 点	請求額	
		年号	年	月	日	年			月	一部負担金 円
受給者氏名(カナ)	本 ・家	医療保険者番号			※② 診療科	※③ 外 ※入	※④ 公費法別	※⑤ 長 ※○	食事回数 回	標準負担額
	4									
	2									
	4									
	2									
	4									
	2									
	4									
	2									
	4									
	2									
	4									
	2									
	4									
	2									
	4									
<p>&lt;記載コードの説明&gt;</p> <p>①性別：男→1 女→2</p> <p>②診療科：旧総合病院の診療科を明細書の記載要領に準じて記載</p> <p>③入外：入院→1 入院外→2</p> <p>④公費法別：法別番号を記入</p> <p>⑤○長：該当→1 非該当</p>										小計

※医療費の一部負担金及び食事療養費は、必ず別々に証明してください。

第6号様式 (第6条関係)

<h2 style="margin: 0;">こども医療費助成申請書</h2>							
			年 月 日				
白河市							
保護者 住 所							
氏 名		印					
電話番号		ー					
こども医療費 受給資格者証番号		対 象 と な る 者	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">氏 名</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">生年月日</td> <td style="padding: 5px;">年 月 日</td> </tr> </table>	氏 名		生年月日	年 月 日
氏 名							
生年月日	年 月 日						
<h3 style="margin: 0;">保 険 診 療 証 明 欄</h3>							
診察年月 年 月							
摘 要	入 院 ・ 外 来 ・ 歯 科 ・ そ の 他 ・ 薬 剤 の 支 給						
保険診療 総点数	点	一部負担金額収額	円				
食 事 提供回数	回	入院時食事 療養費定額 負 担 額	円				
		円	入院時食事療養費 定 額 負 担 月 額 (提供回数×負担額)				
入院時食事療養費総額 (保険適用分月額)			円				
<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">医療機関コード</td> </tr> </table>	医療機関コード	医 療 機 関		住 所			
医療機関コード							
	氏 名		印				
	電話番号						

高額療養費	円
付加給付額	円
支 給 額	円

第7号様式 (第6条関係)

高額療養費支給に関する申立書			
次のとおり申立てします。			
年 月 日			
申請者 氏名 (保護者)			印
白河市			
療養を受けた者の 氏名	療養を受けた病院 診療所等	病院で支払った一部 負担金	摘要
合計			

記入上の注意事項

- 1 国民健康保険以外の医療保険から高額療養費の支給を受けることができる場合、保険者から交付された「高額療養費支給決定通知書等」又は「高額療養費の積算基礎を明らかにした書類」をこの申請と同時に提示してください。
- 2 「高額療養費支給に関する申立書」欄(以下「申立書欄」という。)は、あなたが、こども医療費の対象となる医療行為により病院等に21,000円以上の医療費を支払ったが、同じ月で当該医療行為以外の医療行為で21,000円以上の医療費を支払ったものがない場合、申請者(保護者)申立てとして記入してください。
- 3 申立書欄の記入のため、病院等からの領収書は、家族の分も含め、保管してください。
- 4 申立書欄に記入漏れ又は偽りの申立てを行って医療費の給付を受けた場合は、給付を受けた額の全部又は一部の返還を命ずることとなります。

第8号様式 (第7条関係)

こども医療費助成決定通知書

年 月 日

様

白河市長

印

さきに申請のありましたこども医療費の助成について、次のとおり決定しましたので通知します。

なお、こども医療費助成金の支払については、あなたの預金口座に 年 月 日 付けで振り込みますので併せて通知いたします。

診療年月	医療機関名	助成額
合計		
振込銀行名		口座番号

第9号様式 (第9条関係)

こども医療費受給資格内容等変更届						
保護者	受給者番号					
	氏名		続柄		電話	
	住所					
対象となる者	氏名		生年月日		年 月 日	
	住所					
変更事由						
変更事項	新		旧			
	氏名					
	住所					
	金融機関					
	加入保険	記号番号				
		保険者名				
摘要						
変更年月日			年 月 日			
備考						
<p>上記のとおり変更が生じたので、受給資格者証を添えて届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>白河市</p> <p style="text-align: right;">住所 白河市</p> <p style="text-align: center;">(届出人)</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p>						

第10号様式 (第10条関係)

こども医療費受給資格者証再交付申請書						
保護者	氏名		続柄		電話	
	住所					
	加入保険					
	記号番号					
	保険者名					
対象となる者	氏名		生年月日		年	月 日
	住所					
備考						
<p>こども医療費受給資格者証を亡失(損傷)したので、再交付していただきたいので申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>白河市</p> <p style="text-align: right;">住所 白河市</p> <p style="text-align: center;">(申請人) 氏名 印</p>						

## 第11号様式 (第12条関係)

### 子ども医療費助成に関する第三者行為被害届

被害者		受給者番号			
		保護者との続柄			
		対象となる者の氏名 (被害者) 生年月日			
		加入保険種別	国保・協会・組合・日・船・共済		
保護者	氏名		住所		
加害者	氏名		住所	職業	電話
加害者の使用者	氏名		住所	職業	電話
発病の原因又は負傷時の状況					
疾病又は負傷の程度		治癒までの見込み		入院	日
				通院	日
				診療費総額	円
診療を受けた医療機関名					
自動車事故の場合の加害自動車等	自賠責保険		証明書番号		
	契約会社名				
	契約者住所		契約者氏名		
	登録番号又は車両番号		任意保険の有無	有	無
参考記事					

上記のとおり白河市子ども医療費の助成に関する条例施行規則第12条の規定により届け出ます。

年 月 日

白河市

届出人  
(保護者)  
住所  
氏名

印