

○高島市子ども医療費助成条例施行規則

平成25年7月1日

規則第24号

改正 平成26年4月1日規則第26号

(趣旨)

第1条 この規則は、高島市子ども医療費助成条例(平成25年高島市条例第23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。

(条例第3条第2項第2号の規則で定める施設)

第2条 条例第3条第2項第2号の規則で定める施設は、児童福祉法(昭和22年法律第164号)第7条第1項に規定する児童福祉施設のうち次に掲げるものとする。

- (1) 乳児院
- (2) 児童養護施設
- (3) 情緒障害児短期治療施設
- (4) 児童自立支援施設

(附加給付の取扱い)

第3条 助成対象者は、子どもが附加給付を行う定めのある保険者または共済組合の被扶養者であるときは、受給券の交付の申請と同時に附加給付返還確約書(様式第1号)を市長に提出しなければならない。

2 助成対象者は、保険者または共済組合から子どもに係る附加給付の支給を受けたときは、当該附加給付に相当する額を市長に返還しなければならない。

(受給券の申請)

第4条 条例第6条第1項に規定する受給券(様式第2号)の交付申請をしようとする助成対象者は、子ども医療費受給券交付申請書(様式第3号)を市長に提出しなければならない。

(受給券の有効期間)

第5条 受給券の有効期間は、条例第2条第1項に規定する期間とする。ただし、子どもが月の中途において本市の区域内に住所を有することになったときは、当該住所を有することとなった日からとする。

(受給券の再交付)

第6条 受給券の交付を受けた者は、受給券を破損し、汚損し、または亡失したときは、子ども医療費受給券再交付申請書(様式第4号)を市長に提出し、再交付を受けることができる。

2 受給券を亡失した者は、受給券の再交付を受けた後、亡失した受給券を発見したときは、直ちにこれを市長に返還するものとする。

(受給券の返還)

第7条 受給券の交付を受けた者は、受給者が次の各号のいずれかに該当するときは、速やかに市長に受給券を返還しなければならない。

- (1) 助成対象者でなくなったとき。
- (2) 条例第3条第2項の規定に該当する者となったとき。

(助成の申請)

第8条 条例第5条に規定する申請は、子ども医療費助成申請書(様式第5号)に次に掲げる書類を添えて行うものとする。

- (1) 子どもが医療保険各法に規定する被保険者または被扶養者であることを証する書類
- (2) 医療に要した費用の額が分かる医療機関が発行する領収書
- (3) 子どもが滋賀県外の保険医療機関において医療給付を受けたとき、または医療保険各法の規定による療養費もしくは療養費に相当する家族療養費の支給の対象となる医療の給付を受けたときは、保険者または共済組合の当該医療に要した費用に関する療養費もしくは療養費に相当する家族療養費の支給決定通知書またはこれに代わる証明書

2 前項の規定にかかわらず、市長は、同項各号に掲げる書類によって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、当該書類の添付を省略させることができる。

(助成金の支払い)

第9条 市長は、前条第1項の規定により子ども医療費助成申請書の提出があったときは、条例第4条の規定に基づき、当該助成すべき金額を申請者に支払うものとする。

(支払いの特例)

第10条 市長は、条例第7条の規定に基づき、保険医療機関等から医療の給付を受けた助成対象者が当該保険医療機関等に支払うべき費用の診療報酬請求書(医科・歯科)、訪問看護療養費請求書、調剤報酬請求書、国民健康保険・後期高齢者医療柔道整復施術料金請求書または子ども医療費請求書(連名簿)を受領したときは、当該請求書に基づき、当該助成すべき額に相当する金額を当該保険医療機関等に支払うものとする。

(支払いの方法)

第11条 市長は、条例第7条および前条の規定により、保険医療機関等に支払うべき額の支払いに関する事務を、滋賀県国民健康保険団体連合会に委託することができる。

(届出)

第12条 条例第8条の規定による届出は、子ども医療費第三者行為届出書(様式第6号)により行うものとする。

(その他)

第13条 この規則に定めるもののほか、子ども医療費の助成に必要な事項は、市長が別に定める。

付 則

この規則は、平成25年10月1日から施行する。

付 則(平成26年4月1日規則第26号)

この規則は、平成26年10月1日から施行する。

様式第1号(第3条関係)

※ 受給券記号	福祉番号	受給者番号
符号番号		

年 月 日

高 島 市 長

住所

氏名

印

附加給付返還確約書

(助成対象者名)

が高島市子ども医療費助成制度の対象となる医療の給付を受けたとき

(被保険者名)

は、家族療養費附加金相当額を に代わって医療機関等に支払ってください。
さい。

(保険者等の名称)

なお、 から家族療養費附加金を支給されたときは、さきに医療機関等に支払っていただいた家族療養費附加金相当額を高島市の指定される方法により返還することを確約します。

- (注) 1 ※印欄は記入しないでください。
2 ご本人が署名する場合は、押印は不要です。

様式第2号(第4条関係)

(表)

滋賀県内のみ有効			
(福) 福祉医療費受給券(子ども医療)			
福祉番号		受給者 番号	
受 給 者	居住地		
	氏名		
	生年月日		
有効 期間		年 月 日から 年 月 日まで	
発行機 関の長 及び印	滋賀県高島市長		
交 付 年 月 日			
備 考	自己負担金なし		

(裏)

注 意 事 項

- 1 この券は、滋賀県内の保険医療機関等で医療を受けたとき、医療費の自己負担相当分を公費負担されるための券ですから、大切に保持してください。
- 2 保険医療機関等で受療するときは、被保険者証または組合員証に必ずこの券を添えて提出してください。
- 3 この券の記載事項に変更が生じたときは、速やかに市長へ届け出るとともに、受給中の医療機関等に届け出てください。
- 4 この券を破損し、汚損し、または亡失したときは、市長から再交付を受けてください。
- 5 受給者(助成対象者)の資格がなくなったときは、この券を速やかに市長に返してください。
- 6 この券では、入院時の食事代の負担、文書料、交通費、容器代および室料差額等の経費は、公費負担されません。
- 7 この券は、他人に譲り渡すことはできません。

福祉医療費助成番号

市 事 業	40	子ども医療
-------------	----	-------

様式第3号(第4条関係)

子ども医療費受給券交付申請書

平成 年 月 日

高島市長

次のとおり、高島市子ども医療費助成条例施行規則第4条の規定により、受給券を交付されたく申請します。

住 所

申請者 氏 名

保 護 者	氏 名		男・女	助成対象者 との続柄〔 〕 <input type="checkbox"/> 児童手当受給者 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者
	居 住 地			

助成対象児童生徒名	性別	生年月日	居 住 地	加入医療保険		附加 給付	※ 受 給 者 番 号
				記号番号・保険者名	被保険者名		
第 子	男・女	平成 年 月 日 (歳)		保険者名	被保険者名	有・無	
				記号・番号	続柄()		
				所在地			
				被保険者名			
第 子	男・女	平成 年 月 日 (歳)		保険者名	被保険者名	有・無	
				記号・番号	続柄()		
				所在地			
				被保険者名			
第 子	男・女	平成 年 月 日 (歳)		保険者名	被保険者名	有・無	
				記号・番号	続柄()		
				所在地			
				被保険者名			
第 子	男・女	平成 年 月 日 (歳)		保険者名	被保険者名	有・無	
				記号・番号	続柄()		
				所在地			
				被保険者名			

注意事項

- 健康保険の被保険者証または組合員証をご持参ください。
- 申請書の※欄は記入しないでください。
- 保護者本人が申請者として署名する場合は、印かんは不要です。
- 保護者については、原則として児童手当受給者となりますが、受給されていない場合は、主たる生計維持者の氏名を記入してください。

様式第4号(第6条関係)

<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">子ども医療費受給券再交付申請書</p> <p style="text-align: right; margin: 10px 0;">年 月 日</p> <p style="margin: 10px 0;">高 島 市 長</p> <p style="text-align: right; margin: 10px 0;">住 所 申請者 氏 名 印</p> <p style="margin: 10px 0;">子ども医療費受給券を { 汚損 破損 亡失 } しましたので再交付されたく申請します。</p>				
助 成 対 象 者	受 給 券	福祉番号	受給者番号	
	居 住 地			
保 護 者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所 (居 住 地)			
再 交 付 申 請 の 理 由	氏 名			

- (注) 1 汚損、破損した受給券を添付してください。
2 ご本人が署名する場合は、押印は不要です。

様式第5号(第8条関係)

子ども医療費助成申請書				
年 月 日				
高島市長				
住所 申請者 氏名 電話 (- -) ㊟				
高島市子ども医療費助成条例施行規則第8条の規定により、医療費の助成をされたく申請します。 なお、保険者から高額療養費または附加給付等を受けたときは、返還することを確認します。				
診 療 年 月	年 月 分			
該 当 者	フリガナ			男・女
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	歳	
加入医療保険	記号/番号			
	被保険者名 (保険本人)			
	保険者取得日			
	保険者番号			
	保険者の名称			
摘 要				
払 渡 指 定 金 融 機 関	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
			普 通	
	フリガナ			
	口座名義人			
自己負担額	高額療養費	附加給付等	支払決定額	
入 院	件(日間) 月分		備 考	

様式第6号(第12条関係)

子ども医療費助成対象者等届出書

平成 年 月 日

高島市長

届出者 住所 高島市 _____

氏名 _____ ㊟

子ども医療費助成条例施行規則第12条の規定により変更届をします。

受給券		福祉番号	受給者番号
助成対象者	保護者		現住所 高島市
			氏名
	受給者	続柄	氏名
		続柄	氏名
続柄		氏名	
変更および届出事項	異動年月日		平成 年 月 日 (変更・喪失)
	変更内容		<input type="checkbox"/> 住記変更 (氏名・住所・世帯・その他)
			<input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 保護者情報 <input type="checkbox"/> 附加給付
			<input type="checkbox"/> その他 ()
		変更前	
	変更後		
変更・喪失の理由		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出(県内・県外)	
		<input type="checkbox"/> その他 ()	
証回収日		平成 年 月 日	

○ご本人が署名する場合は、押印は不要です。

※受給者台帳入力

様式第1号(第3条関係)

様式第2号(第4条関係)

様式第3号(第4条関係)

様式第4号(第6条関係)

様式第5号(第8条関係)

様式第6号(第12条関係)