

○赤平市子ども医療費助成に関する条例施行規則

平成24年3月26日

規則第7号

赤平市乳幼児等医療費助成に関する条例施行規則（平成6年規則第32号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この規則は、赤平市子ども医療費助成に関する条例（平成6年条例第25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。

（受給資格者の認定申請）

第2条 条例第4条の規定により、認定申請をしようとする者は、様式第1号による子ども医療費受給資格認定申請書（以下「認定申請書」という。）に次の各号に掲げる書類を添えて申請しなければならない。

(1) 医療保険各法による被保険者又は被扶養者たることを称する書類（以下「被保険者証等」という。）

(2) 条例第2条第2号に規定する保護者（子どもの生計を主として維持する者に限る。）の所得の状況を明らかにする書類

2 市長は、前項の規定にかかわらず認定申請書に添付すべき書類の内容が、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ものとする。

3 市長は、第1項の規定にかかわらず、必要と認めるときは、他の書類を添付させることができるものとする。

（受給資格者の登録及び受給者証の交付）

第3条 市長は、前条の規定により、認定したものについて様式第2号による子ども医療費給付登録台帳（以下「登録台帳」という。）に登録し、様式第3号、様式第3号の2、様式第3号の3、様式第3号の4又は様式第3号の5による子ども医療費受給者証（以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

2 受給者証をき損又は亡失したときは、様式第4号による子ども医療費受給者証再交付申請書を市長に提出し、再交付を受けなければならない。

3 第1項の受給者証は、毎年更新するものとし、その期間は、7月1日から7月31日までの間とする。ただし、市長が特に認めた場合は、この限りではない。

（受給者証の提示）

第4条 受給資格者は、医療を受けるときは、医療機関等に受給者証に被保険者証等を添え

て提示するものとする。

(助成の申請)

第5条 条例第6条に規定する助成の申請は、様式第5号による子ども医療費助成申請書に医療機関等で発行する医療費の全部若しくは一部を領収したことを証明する書類を添えて申請しなければならない。

(助成額の決定)

第6条 市長は、前条の規定による申請があったときは、審査のうえ支払額を決定し、様式第6号による子ども医療費助成金支払通知書により当該申請者に通知するものとする。

(条例第5条に規定する額等)

第7条 条例第5条に規定する額及び計算方法並びに負担区分等は令第15条第3項(同項第2号に掲げる者については第1号を適用する。)の規定の例による。

(受給資格の喪失及び受給者証の返還)

第8条 受給資格者は、次の各号のいずれかに該当するときは、その資格を喪失する。

- (1) 市に住所を有しなくなったとき。
- (2) 死亡したとき。
- (3) 条例第3条のただし書に該当するに至ったとき。

2 前項の規定に該当するときは、すみやかに受給者証を市長に返還しなければならない。

(変更の届出)

第9条 保護者は、次の各号のいずれかに該当するに至ったときは、子ども医療費受給資格変更届(様式第7号)を市長に提出しなければならない。

- (1) 加入している医療保険に変更があったとき。
- (2) 住所に変更があったとき。
- (3) その他申請事項の内容に変更があったとき。

(補則)

第10条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、市長が定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成24年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正後の赤平市子ども医療費助成に関する条例施行規則の規定は、この規則の施行の日以後の診療に係る医療費の支給について適用し、同日前の診療に係る医療費の支給につい

ては、なお従前の例による。

- 3 この規則の施行の際、すでに印刷済の用紙類については、この規則の規定にかかわらず、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（平成24年規則第19号）

この規則は、平成24年8月1日から施行する。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、平成29年4月1日から適用する。

様式第1号(第2条第1項関係)

子ども医療費受給資格認定申請書

年 月 日

赤平市長 様

保護者 住所  
氏名



次のとおり、子ども医療費受給者証の交付を申請します。

なお、受給資格の認定にあたって、受給資格の期間において必要な私及び私の世帯員の所得・課税状況について調査されることに、全員承諾しますので代表し同意します。



保 護 者	ふりがな	性別	住所	
	氏名	男・女		
	生 年 月 日	年 月 日生	TEL	( )
受給対象の状況	受給対象者名	ふりがな		
		氏名		
	生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳)	年 月 日生 (満 歳)	年 月 日生 (満 歳)
	性 別	男・女	男・女	男・女
	保護者との続柄			
	保護者との同居別居の別	同居・別居	同居・別居	同居・別居
	父の氏名			
母の氏名				
加入医療保険	保険の種別		記号番号	付加給付 有・無
	被保険者証発行機関名		所在地	
添付書類等				

子ども医療費給付登録台帳

(表面)

受給資格者	ふりがな		性別	男 女	生年月日		住所		
	(変更後の氏名)								変更年月日・事由
保護者		続柄		職業		変更後の住所	(変更 . . .)		
				勤務先			(変更 . . .)		
加入保険	被保険者	保険種別	記号番号	給付割合	事業所の名称	事業所の所在地	付加給付状況		
受給資格者証交付・再交付・停止・変更						受給資格を有することになった日	摘要		
年月日	区分	事由	年月日	区分	事由				
	交付			交付					
	交 再 停 更 付 交 止 新			交 再 停 更 付 交 止 新					
	交 再 停 更 付 交 止 新			交 再 停 更 付 交 止 新					
	交 再 停 更 付 交 止 新			交 再 停 更 付 交 止 新					
受給者番号	住所	受給資格者(子ども)氏名	性別	生年月日	受給期間		保険種別	停止	付加給付
			男女		入院	入院外			有無



様式第3号（第3条第1項関係）

（表面）

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <b>乳初</b>		<b>子ども医療費受給者証</b>	
公費	90010182	受給者 番号	
負担	91010181		
者番号			
子 ど も	住 所		
	氏 名		男・女
	生年月日		
有効期間		年 月 から	
		年 月 まで	
自己負担	なし		
発行機関名 及 び 印	北海道赤平市長 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>		
交付年月日			

（裏面）

注 意 事 項

- 1 この証は、北海道内の保険医療機関等において診療の助成を受けられる対象であることを証明するものですから、大切に保管してください。
- 2 北海道内の保険医療機関等において診療を受ける場合は、医療保険の被保険者証（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 転出等により受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返してください。
- 4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 5 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に市長にその旨を届け出てください。
- 6 この証を破ったり、汚したり又は失ったときは、再交付を受けてください。
- 7 有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市長に返してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受ける場合があります。

保険医療機関等の皆様へ

診療報酬明細書の請求について

- ① 乳初の初診時と乳課においては、医療保険並びに公費「90」及び公費「91」の併用で請求してください。
- ② 医療保険の請求点数は保険欄に、一部負担金額は公費「①」の一部負担金額欄へ記載してください（一部負担金は、市で助成します。）。
- ③ 乳初の初診以外の月については、医療保険及び公費「90」の併用で請求し、保険欄に請求点数のみ記載してください。

様式第3号の2 (第3条第1項関係)

(表面)

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <b>乳初</b>		<b>子ども医療費受給者証</b>	
公費	90010182	受給者 番号	
負担	91010181		
者番号	92010180		
子 ど も	住所		
	氏名		男・女
	生年月日		
有効期間	年 月 から 年 月 まで		
自己負担	なし		
発行機関名 及び印	北海道赤平市長 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>		
交付年月日			

(裏面)

注 意 事 項

- 1 この証は、北海道内の保険医療機関等において診療の助成を受けられる対象であることを証明するものですから、大切に保管してください。
- 2 北海道内の保険医療機関等において診療を受ける場合は、医療保険の被保険者証（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 転出等により受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返してください。
- 4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 5 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に市長にその旨を届け出てください。
- 6 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市長に返してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受ける場合があります。

**保険医療機関等の皆様へ**

診療報酬明細書の請求について

- ① **乳初**の初診時と**乳課**においては、医療保険並びに公費「90」及び公費「91」の併用で請求してください。
- ② 医療保険の請求点数は保険欄に、一部負担金額は公費「①」の一部負担金額欄へ記載してください（一部負担金は、市で助成します。）。
- ③ **乳初**の初診以外の月については、医療保険及び公費「90」の併用で請求し、保険欄に請求点数のみ記載してください。
- ④ 就学中（小学生）の入院外患者については、医療保険及び公費「92」の併用で請求し、一部負担金額欄へは記載しないでください。



様式第3号の3 (第3条第1項関係)

(表面)

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <b>乳課</b>		<b>子ども医療費受給者証</b>	
公費	90010182	受給者 番号	
負担	91010181		
者番号			
子 ど も	住所		
	氏名		男・女
	生年月日		
有効期間		年 月 から	
		年 月 まで	
自己負担	なし		
発行機関名 及び印	北海道赤平市長 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>		
交付年月日			

(裏面)

<b>注 意 事 項</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 この証は、北海道内の保険医療機関等において診療の助成を受けられる対象であることを証明するものですから、大切に保管してください。</li> <li>2 北海道内の保険医療機関等において診療を受ける場合は、医療保険の被保険者証（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。</li> <li>3 転出等により受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返してください。</li> <li>4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。</li> <li>5 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に市長にその旨を届け出てください。</li> <li>6 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。</li> <li>7 有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市長に返してください。</li> <li>8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受ける場合があります。</li> </ol>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <b>保険医療機関等の皆様へ</b> </div>
<p style="margin-left: 20px;">診療報酬明細書の請求について</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① <span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">乳初</span>の初診時と<span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">乳課</span>においては、医療保険並びに公費「90」及び公費「91」の併用で請求してください。</li> <li>② 医療保険の請求点数は保険欄に、一部負担金額は公費「①」の一部負担金額欄へ記載してください（一部負担金は、市で助成します。）。</li> <li>③ <span style="border: 1px solid black; padding: 1px;">乳初</span>の初診以外の月については、医療保険及び公費「90」の併用で請求し、保険欄に請求点数のみ記載してください。</li> </ol>

様式第3号の4 (第3条第1項関係)

(表面)

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <b>乳課</b>		<b>子ども医療費受給者証</b>	
公費	90010182	受給者 番号	
負担	91010181		
者番号	92010180		
子 ど も	住 所		
	氏 名		男・女
	生年月日		
有効期間		年 月 から	年 月 まで
自己負担	なし		
発行機関名 及び印	北海道赤平市長		印
交付年月日			

(裏面)

<b>注 意 事 項</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 この証は、北海道内の保険医療機関等において診療の助成を受けられる対象であることを証明するものですから、大切に保管してください。</li> <li>2 北海道内の保険医療機関等において診療を受ける場合は、医療保険の被保険者証（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。</li> <li>3 転出等により受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返してください。</li> <li>4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。</li> <li>5 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に市長にその旨を届け出てください。</li> <li>6 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。</li> <li>7 有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市長に返してください。</li> <li>8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受ける場合があります。</li> </ol>
<p><b>保険医療機関等の皆様へ</b></p> <p>診療報酬明細書の請求について</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① <b>乳初</b>の初診時と<b>乳課</b>においては、医療保険並びに公費「90」及び公費「91」の併用で請求してください。</li> <li>② 医療保険の請求点数は保険欄に、一部負担金額は公費「①」の一部負担金額欄へ記載してください（一部負担金は、市で助成します。）。</li> <li>③ <b>乳初</b>の初診以外の月については、医療保険及び公費「90」の併用で請求し、保険欄に請求点数のみ記載してください。</li> <li>④ 就学中（小学生）の入院外患者については、医療保険及び公費「92」の併用で請求し、一部負担金額欄へは記載しないでください。</li> </ol>

様式第3号の5 (第3条第1項関係)

(表面)

子ども医療費受給者証			
公費 負担 者番号	92010180		受給者 番号
子 ど も	住 所		
	氏 名		男・女
	生年月日		
有効期間	年 月 から 年 月 まで		
自己負担	なし		
発行機関名 及び 印	北海道赤平市長 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">印</span>		
交付年月日			

(裏面)

注 意 事 項

- 1 この証は、北海道内の保険医療機関等において診療の助成を受けられる対象であることを証明するものですから、大切に保管してください。
- 2 北海道内の保険医療機関等において診療を受ける場合は、医療保険の被保険者証（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 転出等により受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返してください。
- 4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 5 加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内に市長にその旨を届け出てください。
- 6 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに市長に返してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受ける場合があります。

保険医療機関等の皆様へ

診療報酬明細書の請求について

一部負担金は、市で助成しますので、医療保険及び公費「92」の併用で請求し、一部負担金額欄には記載しないでください。

様式第4号(第3条第2項関係)

子ども医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

赤平市長 様

保護者 住所  
氏名

下記の理由により子ども医療費受給者証の再交付を申請します。

受給対象者	住所		
	氏名	受給者証 記号番号	第
理由	1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4		

様式第5号(第5条関係)

子ども医療費助成申請書

年 月 日

赤平市長 様

保護者 住所  
氏名



子ども医療費の支給を受けたく関係書類を添えて申請します。

子ども	氏名		生年月日	年	月	日	
	住所						
加入保険種類			記号番号				
医療機関	名称						
	住所						
診療期間	入院	自	年	月	日		
	通院	自	年	月	日		
診療区分	小児科・耳鼻咽喉科・外科・皮膚泌尿器科・眼科 精神神経科・呼吸器科・整形外科・補装具・歯科・調剤						
申請金額	総医療費	(a)					円
	保険給付額	(b)					円
	付加給付額	(c)					円
	支給額	(a) - (b) - (c) = (d)					円
添付書類		領収書又は診療報酬明細書			初診		
口座振込先		銀行	支店	番号	補助		
		フリガナ					
		口座名義人					

様式第6号(第6条関係)

第 号  
年 月 日

様

赤平市長



子ども医療費助成金支払通知書

次のとおり子ども医療費の助成額を決定しましたので通知します。

記

- 1 決定支給額 円
- 2 支払年月日 年 月 日
- 3 支払場所

様式第7号(第9条関係)

子ども医療費受給資格変更届

年 月 日

赤平市長 様

届出人 住所  
氏名

下記のとおり(受給資格)に変更がありましたのでお届けします。

新受給者証 記号番号		※ 第 号				
受給対象者名			新受給者証 記号番号			
受給対象者	住所	新				変更 年 月 日
		旧				
	氏名	新				変更 年 月 日
		旧				
加入保険	種 類	新			記号 番号	変更 年 月 日
		旧				
	付加給付 の有無	新			付加給付 の内容	変更 年 月 日
		旧				
保護者	住所	新				変更 年 月 日
		旧				
	氏名	新				変更 年 月 日
		旧				

- (注) (1) ※印欄は記入しないこと。  
(2) 関係欄のみ記入のこと。