

○須賀川市子ども医療費の助成に関する条例施行規則

平成元年3月31日規則第10号

改正

平成3年3月29日規則第11号
平成5年3月31日規則第11号
平成6年12月22日規則第23号
平成16年9月29日規則第18号
平成21年6月29日規則第15号
平成21年9月25日規則第18号
平成24年9月27日規則第23号
平成27年3月27日規則第12号
平成27年12月25日規則第45号
平成28年7月20日教育委員会規則第4号

須賀川市子ども医療費の助成に関する条例施行規則

(目的)

第1条 この規則は、須賀川市子ども医療費の助成に関する条例（平成元年須賀川市条例第8号。以下「条例」という。）の施行について、必要な事項を定めることを目的とする。

(受給資格登録申請)

第2条 条例第5条の規定により、受給資格の登録の申請をしようとする対象者は、子ども医療費受給資格登録申請書（第1号様式）に、次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

- (1) 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
- (2) 条例第2条第2項に規定する保護者等の扶養親族等の人数、所得及び市町村民税額を確認できる書類
- (3) その他市長が必要と認める書類

(受給資格証の交付)

第3条 市長は、前条の申請があった場合において、内容を審査し、受給資格があると認めるときは、子ども医療費受給者台帳（第2号様式）に登載し、子ども医療費受給資格証（第3号様式。以下「受給資格証」という。）を交付するものとする。

(受給資格証の提示)

第4条 条例第3条に規定する対象者は、条例第2条第1項に規定する子どもが医療を受ける場合、医療機関等に受給資格証を提示しなければならない。

(助成の申請)

第5条 条例第7条第2項の規定により助成を受けようとする者は、子ども医療費助成申請書（第4号様式。以下「助成申請書」という。）を市長に提出しなければならない。

(高額療養費支給に係る助成)

第6条 条例第4条第2項に規定する高額療養費のうち医療保険各法の規定による世帯合算がされる場合は、次の算式により算定した額とする。

$$\left(\begin{array}{l} \text{高額療養費の算} \\ \text{定方法による世} \\ \text{帯合算額から控} \\ \text{除する額} \end{array} \right) \times \frac{\begin{array}{l} \text{一部負担金又は 入院時食事} \\ \text{費用徴収金相当 療養費標準} \\ \text{額(条例第4条第 負担額)} \\ \text{1項に規定する額} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{高額療養費の算定方法による} \\ \text{世帯合算額} \end{array}} + \begin{array}{l} \text{入院時} \\ \text{食事} \\ \text{療養費} \\ \text{標準負担額} \end{array}$$

(助成決定通知)

第7条 市長は、第5条に規定する助成申請書を受領したときは、その内容を審査し、助成の可否及び助成額を決定し、こども医療費助成決定通知書（第5号様式）により申請者に通知するものとする。

(届出等)

第8条 条例第9条第1項の規定により、申請内容等の変更の届出をしようとする者は、こども医療費受給資格内容等変更届出書（第6号様式）に受給資格証を添えて市長に提出しなければならない。

2 条例第9条第2項の規定により、受給資格証の再交付を受けようとする者は、こども医療費受給資格証再交付申請書（第7号様式）を、市長に提出しなければならない。

(受給資格証の返還)

第9条 第3条の規定により、受給資格証の交付を受けた者が対象者でなくなったときは、速やかに受給資格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の届出)

第10条 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、こども医療費の助成に関する第三者行為被害届（第8号様式）を、直ちに市長に提出しなければならない。

(損害賠償の請求権の譲渡)

第11条 条例第10条の2第1項の規定による損害賠償の請求権の譲渡は、こども医療費の助成に関する債権譲渡（第9号様式）を市長に提出することにより行わなければならない。

2 条例第10条の2第2項の規定による通知は、債権譲渡通知書（第10号様式）を郵便法（昭和22年法律第165号）第48条第1項に規定する内容証明により送付することにより行わなければならない。

(添付書類の省略)

第12条 市長は、この規則により申請書又は変更届に添付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、当該書類の添付を省略させることができる。

(委任)

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

- 1 この規則は、平成元年4月1日から施行する。
- 2 須賀川市乳児医療費助成に関する規則（昭和48年須賀川市規則第42号）は、廃止する。

附 則（平成3年3月29日規則第11号）

- 1 この規則は、平成3年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、現に改正前の規則に基づき作成された用紙は、当分の間、この規則の相当規則により定められた用紙とみなす。

附 則（平成5年3月31日規則第11号）

(施行期日)

- 1 この規則は、平成5年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則施行の際、現にある改正前の様式による申請書の用紙は、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6年12月22日規則第23号)

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、平成6年10月1日以後の診療に係る医療費の助成から適用する。

(経過措置)

- 2 この規則施行の際、現にある改正前の様式による申請書の用紙は、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16年9月29日規則第18号)

この規則は、平成16年10月1日から施行する。

附 則 (平成21年6月29日規則第15号)

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、平成21年10月1日以後の診療に係る医療費の助成から適用する。

(経過措置)

- 2 この規則施行の際、現にある改正前の様式による申請書の用紙は、当分の間、これを使用することができる。

附 則 (平成21年9月25日規則第18号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成22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様式の規定に基づいて作成されている用紙は、この規則の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。

附 則 (平成24年9月27日規則第23号)

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、平成24年10月1日以後の診療に係る医療費の助成から適用する。

(経過措置)

- 2 この規則施行の際、現にある改正前の様式による申請書の用紙は、当分の間、これを使用することができる。

附 則 (平成27年3月27日規則第12号)

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の子ども医療費の助成については、この規則の施行の日以後の診療に係る医療費から適用し、同日前の診療に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

附 則 (平成27年12月25日規則第45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7月20日教育委員会規則第4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							
保護者	ふりがな				電話番号		
	氏名				個人番号		
	住所						
	年1月1日の住所						
こども	ふりがな				生年月日	年 月 日	
	氏名						
	住所				続柄	性別	男・女
加入保険	保険者名				保険者番号		
	被保険者名				記号番号		
					認定年月日 (資格取得年月日)	年 月 日	
振込金融機関名		銀行・農協 信金・信組			店	普通 当座	
名義人(カナ) (保護者)					口座番号		
<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> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>須賀川市長</p> <p style="text-align: right;">申請者 印</p>							

処 理 欄	資格証交付日	年 月 日		受給者番号			
	資格取得事由	1. 出生 2. 転入 3. その他		所得額・ 扶養親族等の数	円 ・ 人		
	資格取得日	年 月 日		受給資格審査結果	・ 条例第3条に該当する。		
	資格満了日	年 月 日			・ 条例第3条に該当しない。 (非該当事由)		
	課長	課長補佐	係長	係員	受付	入力	照合

第2号様式 (第3条関係)

子ども医療費受給者台帳 (表面)															
受給者番号 <input type="text"/>															
子ども										受給者					
個人番号	<input type="text"/>				性別	<input type="checkbox"/>	個人番号	<input type="text"/>				性別	<input type="checkbox"/>		
氏名	<input type="text"/>						氏名	<input type="text"/>							
生年月日	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	郵便番号	<input type="text"/>				電話番号	<input type="text"/>		
年齢	<input type="text"/>				歳			住所							
資格															
年度	資格区分	資格取得日	資格喪失日	有効期間始期	有効期間終期	交付年月日	資格停止理由								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
加入保険															
被保険者氏名	種別	保険者名	記号番号	保険者番号	取得年月日	喪失年月日	付加給付								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
振込口座										所得状況					
金融機関名	<input type="text"/>				総所得額	<input type="text"/>				養育費 (満額)					
支店	<input type="text"/>				養育費(8割)	<input type="text"/>				<input type="text"/>					
口座番号	<input type="text"/>	種	<input type="text"/>	口	控除額	<input type="text"/>				所得限度基準額					
名義(カナ)	<input type="text"/>				差引額	<input type="text"/>				<input type="text"/>					
					前年度県補助	<input type="text"/>	今年度県補助	<input type="text"/>							

子ども医療費支給記録 (裏面)									
診療年月	医療機関コード	医療機関名	人外区分	診療科目	診療細目	給付種別	支払年月	送付番号	助成決定額

第3号様式 (第3条関係)

(表 面)

子ども医療費受給資格証		
公費負担番号		
受給者番号		
受給者氏名		
こ ど も	氏名	男・女
	生年月日	年 月 日
	住所	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
発行機関名 および印	福島県 須賀川市長	
交付年月日	年 月 日	

(裏 面)

注 意 事 項

- 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。
- 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。
- 3 医療機関等の窓口で一部負担金を支払った場合は、助成申請書に医療機関等から保険診療の証明を受けて提出してください。
- 4 次の事由が生じたときは、必ず届けてください。
 - ① 氏名に変更があったとき。
 - ② 住所を変更したとき。
 - ③ 加入保険に変更があったとき。
- 5 この証をき損又は亡失したときは、再交付申請をしてください。
- 6 受給資格がなくなったときや、市外へ転出したときは、この証を速やかに返還してください。

第4号様式 (第5条関係)

こども医療費助成申請書 年 月 日				
須賀川市長 申請者 住 所 須賀川市 (保護者) 氏 名 ㊟ (電話 -- --)				
受給者番号		こども氏名	生年月日	年 月 日

保 険 診 療 証 明 欄 下記のとおり証明します。													
コード _____ 医療機関名 所在地 名 称 代表者 ㊟													
入院・入院外の別	入 院 ・ 入 院 外												
診 療 月	年 月 分					診 療 日 数	日						
保険診療合計点数	点					公 費 負 担 等 医 療	育成・養育・更生・その他						
受 領 金 額 (保険診療分のみ額)	円						円						
食 事 提 供 回 数	回					入院時食事療養費標準 負担月額 (受領額) (提供回数×標準負担額)				円			
食 事 療 養 費 標 準 負 担 額	円												
診 療 科 目	1	2	3	4	医 科 細 目	1	2	3	4	6	9	10	14
	医科	歯科	調剤	その他		内科	小児	外科	小外	皮ふ	眼科	耳鼻	その他()

高額療養費支給に関する確認書 (申立書) 下記のとおり確認 (申立て) します。						年 月 日
須賀川市長						確認者 (申請者) 名 ㊟
療養を受けた人氏	療養を受けた病院・診療所等	病院・診療所等で支払った一部負担金	世帯合算額から控除する額	高額療養費支給決定額	付加金決定額	
合 計						
助 成 決 定 額						円

第5号様式 (第7条関係)

子ども医療費助成決定通知書

さきに助成申請のありました医療費助成について、下記のとおり決定したので、通知します。

記

助成決定額	
振込年月日	
金融機関名	
口座種別	
口座番号	
口座名義人	

年 月 日

須賀川市長

医療費の助成について

医療費の助成は、加入する健康保険で医師等の診療を受けた場合に支払った、一部負担金の額を限度として行います。

ただし、次の額が控除されます。

- 1 高額療養費として、健康保険から支給される額
- 2 健康保険から家族療養費付加金等の給付があるときはその額

各種届出について

次のようなときは、必ず届出てください。また資格がなくなったときや、市外へ転出したときは、受給資格証を返還してください。

- 1 氏名が変わったとき。
- 2 住所が変わったとき。
- 3 加入していた健康保険が変わったとき。
- 4 振込口座が変わったとき。

(内訳)

診療		医療機関名	受診者	助成額 (円)
年	月			
		助成額合計		

第6号様式 (第8条第1項関係)

子ども医療費受給資格内容等変更届出書

受給者番号				
こども	氏名			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
変更事項	事項	新	旧	
	こども	氏名		
		住所		
	保護者	氏名		
		個人番号		
		住所		
	加入保険	被保険者名		
		記号番号		
		認定年月日 (資格取得年月日)		
		保険者名		
		保険者番号		
	振込口座	金融機関名		
		支店名		
		口座種別		
		口座番号		
名義人(カナ)				
摘要				
上記のとおり変更が生じたので、受給資格証を添えてお届けします。		年 月 日		
須賀川市長		届出人 住所 須賀川市 (保護者) 氏名 印 (電話番号 - -)		
課長	課長補佐	係長	係員	受付入力照合

注 変更事項欄は、変更が生じたもののみ記入してください。

第7号様式 (第8条第2項関係)

子ども医療費受給資格証再交付申請書

受 給 者 番 号				
こ ども	氏 名			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
保 護 者 (受 給 者)	氏 名			
	住 所			
加 入 保 険	被保険者名			
	記号番号			
	認定年月日 (資格取得年月日)			
	保 険 者 名			
	保 険 者 番 号			
添 付 書 類				

子ども医療費受給資格証を ^き損 _亡失 したので再交付をしてください。

年 月 日

須賀川市長

申 請 者 住 所
(保護者) 氏 名

㊦

課 長	課長補佐	係 長	係 員	処 理 欄		
				受 付 月 日	再 交 付 月 日	担 当 者

第8号様式 (第10条関係)

こども医療費の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		
	氏名		生年月日		
	加入保険別種	国保・協会けんぽ・組合・船員・国保組合・共済			
保護者	氏名				
加害者	氏名	ふりがな ----- 男・女	電話番号		
	住所				
	職業勤め先		勤め先電話番号		
加害者の使用者	氏名	ふりがな ----- 男・女	電話番号		
	住所				
	職業勤め先		勤め先電話番号		
発病又は負傷の日時	年 月 日	午前 時 分頃 午後	場所		
発病の原因又は負傷時の状況					
疾病又は負傷の程度		治ゆまでの見込	入院通院診療費総額		日 日 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	自賠責保険契約会社名		証明書番号		
	契約者住所		契約者名		
	登録番号又は車輛番号		任意保険の有無	有	無
参考記事					
上記のとおりお届けします。					
須賀川市長			年 月 日		
			届出人住所 (保護者) 氏名		印

第9号様式 (第11条第1項関係)

子ども医療費の助成に関する債権譲渡

年 月 日

須賀川市長

被害者の保護者
住所

氏名 (印)

生年月日 年 月 日生

電話番号 ()

須賀川市子ども医療費の助成に関する条例第10条の2第1項の規定により、第三者の行為によって生じた医療費について須賀川市から助成を受けた子ども医療費助成額の限度において、私が加害者_____に対して有する下記の損害賠償の請求権を須賀川市に譲渡します。

記

譲渡する債権	被害者 (子ども)	氏名 (年 月 日生)				
	債権額	金 円				
	発病又は負傷の日時		場所			
	発病の原因又は負傷時の状況					
	診療を受けた医療機関名					
第三者 (加害者) 加害者 (債務者)	住所					
	氏名		電話番号	()		
	交通事故の場合	自賠責保険	保険会社名		電話番号	()
			所在地		契約者氏名	
		任意保険	保険会社名		電話番号	()
			所在地		契約者氏名	

債権譲渡通知書

年 月 日

様

譲渡人 住所

氏名

印

私が貴方に対して有する債権を下記のとおり譲渡しましたので
通知します。

記

1 債権額 金 円

2 債権発生の原因である事実

3 譲渡日 年 月 日

4 譲受人 須賀川市

(住所)

備考 必ず郵便法（昭和22年法律第165号）第48条1項の規定による内容の証明を受けてください。

