

○四国中央市こども医療費助成条例施行規則

平成16年 4月 1日

規則第64号

改正 平成17年 6月28日規則第23号

平成19年 9月26日規則第41号

平成21年 6月17日規則第33号

平成23年 3月24日規則第17号

(題名改称)

平成24年 3月30日規則第25号

平成25年 3月28日規則第23号

平成27年 3月26日規則第 8号

平成28年12月 7日規則第47号

(趣旨)

第1条 この規則は、四国中央市こども医療費助成条例(平成16年四国中央市条例第88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。

(平23規則17・一部改正)

(一部負担金から控除するもの)

第2条 条例第 2 条第 5 項に規定する規則で定める場合は、次のとおりとする。

- (1) 母子保健法(昭和40年法律第141号)に規定する医療給付額
- (2) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)に規定する医療給付額
- (3) 医療保険各法に基づく付加給付額
- (4) 前3号に掲げるもののほか、国、県若しくは市の制度による医療給付額又はこれに準ずるもの

(平19規則41・平23規則17・平25規則23・平27規則 8・一部改正)

(受給資格の登録)

第3条 条例第 4 条の規定によりこどもに係る医療費の助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、こども医療費受給資格登録申請書(様式第 1 号)により市長に申請し、資格の登録を受けなければならない。

2 申請者は、前項の規定による申請を行う場合は、医療保険各法によるこどもの属する被保険者証又は組合員証を市長に提示しなければならない。

(平23規則17・平27規則 8・一部改正)

(受給資格証の交付)

第4条 市長は、前条第1項の規定により登録を受けた者(以下「受給資格者」という。)に対し、こども医療費受給資格証(様式第2号。以下「受給資格証」という。)を交付するものとする。

2 受給資格者は、受給資格証を破損し、汚損し、又は紛失したときは、こども医療費受給資格証再交付申請書(様式第3号)により市長に申請し、再交付を受けることができる。

3 前項の規定による申請を行う場合において、受給資格証を破損し、又は汚損したことになるときは、当該受給資格証を添付するものとする。

4 第2項の規定により受給資格証の再交付を受けたときは、従前の受給資格証は、その効力を失うものとする。

(平23規則17・平27規則8・一部改正)

(受給資格証の提示)

第5条 受給資格者は、その保護するこどもについて、医療を受けるときは、保険医療機関等に受給資格証を提示しなければならない。

(平27規則8・一部改正)

(助成の方法)

第6条 条例第6条第1項の規定により助成する医療費の審査及び支払に関する事務は、愛媛県国民健康保険団体連合会に委託して行うものとする。

2 条例第6条第2項の規定により医療費の助成を受けようとする助成対象者は、こども医療費助成金請求書(様式第4号)に次に掲げる書類を添えて、市長に請求しなければならない。

(1) 受給資格証

(2) こどもの属する被保険者証又は組合員証

(3) 医療費領収書又は診療報酬証明書

(4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

3 条例第6条第2項に規定する市長が特別の理由があると認める場合は、次に掲げる場合とする。

(1) 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)により、こどもに係る療養費の支給があったとき。

(2) 国民健康保険法を除く医療保険各法により、前項で規定する療養費に相当する家族療養費の支給があったとき。

(3) 受給資格証による医療給付を行わない保険医療機関等で診療、薬剤の支給又は手当を受けたとき。

4 市長は、第2項の規定による請求があった場合は、その内容を審査し、助成金の額を決定

したときは、助成対象者に支払うものとする。

(平17規則23・平21規則33・平23規則17・平27規則8・一部改正)

(届出事項)

第7条 受給資格者は、第3条第1項の規定により登録を受けた事項に変更があったときは、速やかに子ども医療費受給資格内容等変更届(様式第5号)に受給資格証を添えて、市長に届け出なければならない。

2 受給資格者は、資格要件を欠いたときは、速やかに受給資格証を市長に返還しなければならない。

(平23規則17・平27規則8・一部改正)

(関係簿冊)

第8条 市長は、子ども医療給付の適正を期するため、必要な簿冊を備え付けるものとする。

(平23規則17・一部改正)

(その他)

第9条 この規則に定めるもののほか、医療費の助成に関し必要な事項は、市長が別に定める。

(平17規則23・追加)

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成16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、合併前の川之江市乳幼児医療費助成条例施行規則(昭和48年川之江市規則第8号)、伊予三島市乳幼児医療費助成条例施行規則(昭和48年伊予三島市規則第1号)、土居町乳幼児医療費助成条例施行規則(昭和60年土居町規則第2号)又は新宮村乳幼児医療費助成条例施行規則(平成元年新宮村規則第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17年6月28日規則第23号)

この規則は、平成17年7月1日から施行する。

附 則(平成19年9月26日規則第41号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成21年6月17日規則第33号)抄

(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 第1条の規定による改正後の四国中央市乳幼児医療費助成条例施行規則第6条第2項、第2条の規定による改正後の四国中央市母子家庭医療費助成条例施行規則第5条第2項及び第3条の規定による改正後の四国中央市心身障害者医療費助成条例施行規則第4条第2項の規定は、この規則の施行の日以後に請求のあった医療費について適用し、同日前に請求のあった医療費については、なお従前の例による。
- 3 この規則の施行の際現に第1条の規定による改正前の四国中央市乳幼児医療費助成条例施行規則、第2条の規定による改正前の四国中央市母子家庭医療費助成条例施行規則及び第3条の規定による改正前の四国中央市心身障害者医療費助成条例施行規則の様式(以下これらを「旧様式」という。)により使用されている書類は、第1条の規定による改正後の四国中央市乳幼児医療費助成条例施行規則、第2条の規定による改正後の四国中央市母子家庭医療費助成条例施行規則及び第3条の規定による改正後の四国中央市心身障害者医療費助成条例施行規則の様式による書類とみなす。
- 4 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙については、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23年3月24日規則第17号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成23年4月1日から施行する。
- (経過措置)
- 2 この規則による改正後の第6条の規定は、この規則の施行の日以後に受けた診療分について適用し、同日前に受けた診療分については、なお従前の例による。
 - 3 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の四国中央市乳幼児医療費助成条例施行規則の様式(以下「旧様式」という。)により使用されている書類は、この規則による改正後の四国中央市こども医療費助成条例施行規則の様式により使用されている書類とみなす。
 - 4 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙については、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24年3月30日規則第25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 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の四国中央市こども医療費助成条例施行規則の様式(以下「旧様式」という。)により使用されている書類は、この規則による改正後の四国中央市こども医療費助成条例施行規則の様式により使用されている書類とみなす。

- 3 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙については、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25年3月28日規則第23号)

この規則は、平成25年4月1日から施行する。

附 則(平成27年3月26日規則第8号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成27年10月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の日(以下「施行日」という。)の前日までにこの規則による改正前の第4条第1項の規定により交付を受けた乳幼児医療費受給資格証は、施行日以後当該乳幼児医療費受給資格証の有効期間の満了する日までの間は、この規則による改正後の第4条第1項の規定により交付を受けたこども医療費受給資格証とみなす。
- 3 この規則の施行の際現に提出されているこの規則による改正前の様式第1号及び様式第3号に規定する申請書、様式第4号に規定する請求書並びに様式第6号に規定する変更届は、この規則による改正後の様式第1号及び様式第3号に規定する申請書、様式第4号に規定する請求書並びに様式第5号に規定する変更届とみなす。
- 4 施行日前に受けた診療分(四国中央市こども医療費助成条例の一部を改正する条例(平成27年四国中央市条例第9号)による改正前の四国中央市こども医療費助成条例(平成16年四国中央市条例第88号。以下「旧条例」という。)第2条第3項に規定する児童に係るものに限る。)に係る医療費の助成の請求については、この規則による改正前の第6条第4項及び第5項並びに様式第5号の規定は、施行日以後も、なおその効力を有する。

(施行日前における申請等)

- 5 この規則による改正後の第3条第1項の規定により受給資格の登録を受けようとする者(施行日において受給資格者となるべき旧条例第2条第3項に規定する児童に係る同条第4項に規定する保護者に限る。)は、施行日前においても、この規則による改正後の第3条第1項の規定の例により、市長に申請することができる。
- 6 市長は、前項の規定による申請があった場合は、施行日前においても、この規則による改正後の第4条第1項の規定の例により、こども医療費受給資格証の交付をすることができる。この場合において、同項の規定の例により交付を受けたときは、施行日において同項の規定により交付を受けたものとみなす。
- 7 附則第5項の規定により受給資格の登録を申請し、又は前項の規定によりこども医療費受給資格証を交付された者に係る医療費の助成については、施行日以後に受けた診療分につ

いて適用する。

附 則(平成28年12月 7 日規則第47号)

この規則は、公布の日から施行する。

様式第1号(第3条関係)

子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

四国中央市長 様

申請者氏名 _____ ㊟

次のとおり子ども医療費の受給資格登録の申請をします。なお、愛媛県内所在の医療保険各法による保険医療機関等であって、私の保護する次の子どもが医療を受けたものの開設者に対し、四国中央市子ども医療費助成条例に基づく助成金の請求及び受領の権限を委任するとともに、子ども医療費に係る高額療養費、附加給付等の支給申請、受領等一切に関すること及び市県民税額又は所得の確認の権限を四国中央市長に委任します。

		受給者番号：						
助成対象者	氏名	申請者氏名に同じ		性別	男・女	生年月日	年 月 日	子どもの続柄
	個人番号							
	住所	四国中央市 [方書] 電話番号(自宅・携帯: _____)						
子ども	フリガナ			性別	男・女	生年月日	年 月 日	
	氏名							
	個人番号							
加入医療保険	保険種別	国・退・協・船・組・共・医・他・(・保・職・会・員・合・済・歯・国・国・)						
	記号			被保険者又は世帯主氏名	<input type="checkbox"/> 申請者氏名に同じ			
	番号							
	事業所(勤務先)							
	保険者							
	所在地							
受給資格期間			年 月 日	～	<input type="checkbox"/> 入院	年 3月末日	<input type="checkbox"/> 通院	年 月末日
備考			申請事由	<input type="checkbox"/> 子ども該当 <input type="checkbox"/> 転入年月日： 年 月 日 (前住所地：) <input type="checkbox"/> その他()				受付
<input type="checkbox"/> 交付年月日(. .) <input type="checkbox"/> 郵送年月日(. .) <input type="checkbox"/> システム入力								

様式第2号(第4条関係)

(表)

子ども医療費受給資格証											
公費負担者番号											
受給者番号											
受給資格者	氏名										
	住所										
子ども	(フリガナ)氏名										
	生年月日			年	月	日					
有効期間	住所	同		上							
	入院			年	月	日から	年			月	日まで
有効期間	通院			年	月	日から	年			月	日まで
	発行者	愛媛県 四国中央市長 印									
交付年月日			年	月	日						

(裏)

注 意 事 項
<p>1 この証は保険医療機関等で医療費の自己負担額に対する助成を受けるための資格証ですから、診療を受ける場合は、医療保険証にこの証を添えて必ず窓口で提出してください。</p> <p>2 医療保険証とこの証の提出をしなかった場合や愛媛県外の病院等にかかった場合は、いったん窓口で支払い、医療費領収書又は診療報酬証明書の交付を受け、1月分まとめて四国中央市長に請求してください。</p>
<p>領収書に必要なこと</p> <p>・患者氏名 ・診療点数 ・診療年月日 ・領収金額 ・領収年月日 ・領収印 ・医療機関名</p> <p>※必要事項の記入のない領収書では助成できません。</p>
<p>申請に必要なもの</p> <p>・領収書 ・受給資格証 ・印鑑 ・医療保険証 ・受給資格者(保護者)の口座番号の確認できるもの</p>
<p>3 転出、生活保護受給等受給資格がなくなったときは、速やかにこの証を四国中央市長に返してください。</p> <p>4 住所、氏名、医療保険証など受給資格の内容等に変更があったときは、遅滞なく届け出てください。</p> <p>5 この証では、第三者の行為で起きた傷病については、助成が受けられない場合がありますので、その旨、四国中央市長に届け出てください。</p>

様式第3号(第4条関係)

こども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

四国中央市長 様

住所 四国中央市
申請者
氏名
電話番号(自宅・携帯:

㊟
)

次のとおり、こども医療費受給資格証の再交付を申請します。

受給資格者	住所		受給者番号	
	氏名		こどもの続柄	
こども	氏名		生年月日	年 月 日
加入医療保険	被保険者氏名			
	保険種別	国 退 協 船 組 共 医 他 (保 職 会 員 合 済 国 国)		
	記号		番号	
	保険者			
再交付理由	1 紛失 2 破損 3 汚損			

備考 再交付理由が2又は3の場合は、受給者証を添付してください。

受付

様式第4号(第6条関係)

こども医療費助成金請求書		受給者 番号								
四国中央市長 様										
こども医療費の助成を受けたく、次のとおり請求します。										
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 100px;">年</td> <td style="width: 100px;">月</td> <td style="width: 100px;">診療分</td> <td style="width: 50px;">¥</td> </tr> </table>			年	月	診療分	¥				
年	月	診療分	¥							
年 月 日 住所 四国中央市 請求者 氏名 _____ (印)										
(電話番号 自宅・勤務先・携帯： _____)										
※ 今回の請求以外に保険世帯内で同じ月内に21,000円以上の自己負担 (有 ・ 無)										
振込希望 金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 支所	1 普通 口座番号 2 当座 フリガナ 口座名義人								
保 険 医 療 機 関 等 証 明 欄	国民健康保険 社会保険 による診療報酬証明書									
	1 患者氏名 [生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日]	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">保険種別</td> <td style="width: 50%;">国協船組共他() 保会員合济国</td> <td style="width: 10%;">負担割合</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">— 10</td> </tr> <tr> <td>入院 外来別</td> <td colspan="3">入院()日：外来()日</td> </tr> </table>	保険種別	国協船組共他() 保会員合济国	負担割合	— 10	入院 外来別	入院()日：外来()日		
	保険種別	国協船組共他() 保会員合济国	負担割合	— 10						
	入院 外来別	入院()日：外来()日								
	2 診療月 _____ 年 _____ 月分									
3 診療報酬内訳	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;">診療報酬総点数</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">_____ 点</td> </tr> <tr> <td>他法公費負担点数(種別： _____)</td> <td style="text-align: center;">_____ 点</td> </tr> <tr> <td>一部負担額</td> <td style="text-align: center;">_____ 円</td> </tr> </table>	診療報酬総点数	_____ 点	他法公費負担点数(種別： _____)	_____ 点	一部負担額	_____ 円			
診療報酬総点数	_____ 点									
他法公費負担点数(種別： _____)	_____ 点									
一部負担額	_____ 円									
上記のとおり証明します。		_____ 年 _____ 月 _____ 日								
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">県番号</td> <td style="width: 80%;">医療機関コード</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">※</td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	県番号	医療機関コード	※						
県番号	医療機関コード									
※										
※医療機関コードは必ず記入してください 総合病院の場合は診療科名(_____ 科) 保険医療機関等の 名称・所在地・開設者氏名 _____ (印)										
受付	自己負担額	高額療養費等	その他	支給額	システム入力					
	円	円	円	円						

備考 診療明細等が記載された領収書(原本)を添付してください。紛失等により添付ができない場合のみ、上の欄に医療機関の証明が必要です。

様式第1号(第3条関係)

(平23規則17・平24規則25・平27規則8・平28規則47・一部改正)

様式第2号(第4条関係)

(平17規則23・平21規則33・平27規則8・一部改正)

様式第3号(第4条関係)

(平23規則17・平24規則25・平27規則8・一部改正)

様式第4号(第6条関係)

(平23規則17・平24規則25・平27規則8・一部改正)

様式第5号(第7条関係)

(平23規則17・旧様式第5号繰下・一部改正、平24規則25・一部改正、平27規則8・
旧様式第6号繰上・一部改正)