

○久万高原町子ども医療費助成条例施行規則

平成16年8月1日

規則第62号

改正 平成20年4月25日規則第24号

平成22年3月19日規則第6号

平成24年11月2日規則第30号

平成28年1月13日規則第4号

(趣旨)

第1条 この規則は、久万高原町子ども医療費助成条例(平成16年久万高原町条例第112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。

(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ときは、次のとおりとする。

- (1) 母子保健法(昭和40年法律第141号)に規定する医療の給付を受けたとき。
- (2) 児童福祉法(昭和22年法律第164号)に規定する医療の給付を受けたとき。
- (3) 医療保険各法に基づく付加給付を受けたとき。
- (4) 前3号に掲げるもののほか、国又は県の制度による医療給付額及びこれに準ずるもの

(受給資格の登録)

第3条 条例第4条の規定による助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、子ども医療費受給資格登録申請書(様式第1号。以下「登録申請書」という。)を町長に提出して資格の登録を受けなければならない。

- 2 登録申請書を提出する場合は、条例第2条第3項各号のいずれかに該当する医療保険各法による被保険者証を町長に提示しなければならない。

(受給資格証の交付)

第4条 町長は、前条の規定により登録した者(以下「受給資格者」という。)に子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 受給資格証を破損し、汚損し、又は紛失したときは、子ども医療費受給資格証再交付申請書(様式第3号)を町長に提出し、再交付を受けることができる。
- 3 前項の規定による申請の場合において、受給資格証を破損し、又は汚損したことによるときは、当該受給資格証を添付しなければならない。
- 4 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。

(受給資格証の提示)

第5条 受給資格者は、その保護する子どもについて、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。

(助成の方法の特例)

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項に規定する町長が特別の理由があると認めるときは、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、子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、前項に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てを受けたとき。

3 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受給資格者は、子ども医療費助成金請求書(様式第4号。以下「請求書」という。)を町長に提出しなければならない。

4 請求書は、保険医療機関等において現に医療を受けた日の属する月を単位とし、当該月の翌月から起算して6月以内に提出するものとする。

(届出事項)

第7条 受給資格者は、自己又はその保護する子どもについて、住所の変更又は加入保険の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、町長に提出しなければならない。

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町長に返還しなければならない。

(関係簿冊)

第8条 町長は、子ども医療費給付の適正を期するため、次の簿冊を備え付けておくものとする。

(1) 子ども医療費受給資格者台帳(様式第6号)

(2) 子ども医療費給付台帳(様式第7号)

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成16年8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、合併前の久万町乳幼児医療費助成条例施行規則(平成14年久万町規則第13号)、面河村乳幼児医療費助成条例施行規則(平成10年面河村規則第1号)、美川村乳幼児医療費助成条例施行規則(昭和48年美川村規則第1号)又は柳谷村乳幼児医療費助成条例施行規則(平成14年柳谷村規則第3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20年4月25日規則第24号)

この規則は、公布の日から施行し、平成20年4月1日から適用する。

附 則(平成22年3月19日規則第6号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成22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規定は、この規則の施行の日以降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。

附 則(平成24年11月2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28年1月13日規則第4号)

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、平成28年1月1日から適用する。

(経過措置)

- 2 この規則施行の際現に改正前の久万高原町子ども医療費助成条例施行規則(以下「旧規則」という。)様式第1号及び様式第5号の規定により提出されている書類は、それぞれ改正後の久万高原町子ども医療費助成条例施行規則様式第1号及び様式第5号の規定により提出された書類とみなす。
- 3 この規則施行の際現にある旧規則様式第1号及び様式第5号の規定による書類の用紙は、当分の間、これを訂正して使用することができる。

様式第2号(第4条関係)

(表面)

子ども医療費受給資格証

受給者番号									
受給資格者	氏名								
	住所								
子ども	ふりがな氏名								
	生年月日	年	月	日	生				
公費負担者番号									
有効期間	入院	年	月	日	から	年	月	日	まで
	通院	年	月	日	から	年	月	日	まで
町単独助成事業公費負担者番号									
有効期間	入院	年	月	日	から	年	月	日	まで
	通院	年	月	日	から	年	月	日	まで
発行者	愛媛県 久万高原町長	印							
交付年月日		年	月	日					

(裏面)

注意事項

- 1 保険医療機関において診療を受ける場合は、医療保険証(又は組合員証)に添えて、この証を窓口へ提出してください。
- 2 この証の記載事項及び加入医療保険等に変更があったときは、すみやかに提出して訂正をうけて下さい。

領収書に必要なこと

- ・患者氏名
- ・領収金額
- ・診察点数
- ・領収年月日
- ・診療年月日
- ・病院名
- ・領収印

※必要事項の記入がない領収書では、助成できません。

- 3 医療保険証(又は組合員証)とこの証の提示をしなかった場合又は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、保険医療機関から指定の医療費領収書の交付を受け、1月分まとめて申請してください。
- 4 受給資格がなくなったときは、すみやかにこの証を返して下さい。
- 5 この証では、第三者の行為でお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、その旨を届け出てください。

様式第3号(第4条関係)

子ども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

久万高原町長 様

住所 久万高原町

申請者

氏名 (印)

電話番号()

下記のとおり、子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	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	乳幼児との続柄	
資格証番号	子どもの氏名	生年月日		
.....		年 月 日		
.....		年 月 日		
.....		年 月 日		
.....		年 月 日		
再交付理由	1 なくした 2 破いた 3 汚した			

(注) 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5号（第7条関係）

子ども医療費受給資格内容等変更届

年 月 日

久万高原町長 様

住所 久万高原町

届出人 氏名 ㊟

電話番号()

下記のとおり子ども医療費の受給資格内容等に変更がありましたので、お届けします。

変更項目		変更前	変更後
受給資格者	住所		<input type="checkbox"/> 届出人に同じ
	氏名		<input type="checkbox"/> 届出人に同じ
	個人番号		<input type="checkbox"/> 変更前に同じ
子ども	証番号		<input type="checkbox"/> 変更前に同じ
	氏名	生年月日 年 月 日	
	個人番号		<input type="checkbox"/> 変更前に同じ
	証番号		<input type="checkbox"/> 変更前に同じ
	氏名	生年月日 年 月 日	
	個人番号		<input type="checkbox"/> 変更前に同じ
	証番号		<input type="checkbox"/> 変更前に同じ
	氏名	生年月日 年 月 日	
	個人番号		<input type="checkbox"/> 変更前に同じ
	証番号		<input type="checkbox"/> 変更前に同じ
	氏名	生年月日 年 月 日	
	個人番号		<input type="checkbox"/> 変更前に同じ
加入医療保険	被保険者氏名		
	保険種別		
	記号		
	番号		
	保険者名		
変更理由	<input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 医療保険の変更 <input type="checkbox"/> 資格者の変更 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> その他() 変更年月日 年 月 日		受付

交付年月日(. .) 郵送年月日(. .) システム入力

証回収(. .)

様式第6号(第8条関係)

子ども医療費受給資格者台帳

資格証 番号	交付 年月日	資格証 受領印	医療費受給資格者			子ども			子どもの加入保険				交付者 確認印	備考
			氏名	続柄	住 所 (電話)	氏名	生年月日	資格取得 年月日	保険名	保険証 記号番号	被加入者又は組合員			
										氏名	続柄			
—						
—						
—						
—						
—						
—						
—						
—						
—						
—						
—						
—						
—						
—						

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7条関係)

様式第6号(第8条関係)

様式第7号(第8条関係)