

○新見市子育て支援医療費の給付に関する条例施行規則

平成17年3月31日

規則第79号

(趣旨)

第1条 この規則は、新見市子育て支援医療費の給付に関する条例（平成17年新見市条例第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。

(受給資格証の交付等)

第2条 条例第6条の規定に基づく申請は、子育て支援医療費受給資格者証交付申請書（様式第1号。以下「受給資格者証交付申請書」という。）に医療保険各法による被保険者証を添えて行わなければならない。

2 市長は、前項の受給資格者証交付申請書の提出を受けたときは、子育て支援医療費受給資格者証交付台帳（様式第2号。以下「交付台帳」という。）に記載し、子育て支援医療費受給資格者証（様式第3号。以下「受給資格者証」という。）を交付するものとする。なお、交付台帳は、電子計算機の磁気記録をもってこれに代えることもできる。

3 受給資格者証の再発行又は更新の申請も、受給資格者証交付申請書を使用する。

(医療費の支払)

第3条 条例第8条に規定する医療費の支払及び審査に関する事務は、岡山県国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金岡山支部に委託して行うものとする。

(医療費支払の特例)

第4条 条例第8条ただし書により規則で定める場合とは、次の各号に掲げる場合とする。

(1) 岡山県以外の医療機関等で療養を受けた場合

(2) 医療保険法各法に規定する療養費の支給、移送費の支給又は家族移送費の対象となる療養等を受けた場合

(3) 国民健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律に規定する被保険者資格証明書により療養を受けた場合

(4) 母子保健法（昭和40年法律第141号）に基づく養育医療の給付の対象となる療養等を受け、かつ、同法第21条の4第1項の規定により扶養義務者が費用を徴収されることとなる場合

(5) その他市長が必要があると認めた場合

(給付申請の方法)

第5条 前条第1号に規定する給付を申請する場合は、子育て支援医療費給付申請書（様式第4号。以下「給付申請書」という。）に、医療機関等が発行する療養を受けた日の属する1箇月分の領収書を添付して、市長に申請しなければならない。

2 前条第2号及び第3号に規定する給付を申請する場合は、給付申請書に保険者が発行する通知書又は証明書を添付して行うものとする。

3 前条第4号に該当するときは、申請がなされたものとみなし、扶養義務者から徴収されるべき費用を市長が代わって支払うことにより、給付がなされたものとみなす。

(医療費の給付)

第6条 市長は、前条の規定に基づく給付申請書を受理したときは、その申請の内容を審

査し、適正と認めるときは速やかに医療費の給付を行うものとする。

2 市長は、前条の規定により難い特別の事情があると認めた場合は、この方法によらず医療費を給付することができる。

(台帳の整備)

第7条 市長は、子育て支援医療費支給台帳(様式第5号)を備え、医療費の支給に関し、必要な事項を記載するものとする。なお、子育て支援医療費支給台帳は、電子計算機の磁気記録をもってこれに代えることもできる。

(届出)

第8条 条例第10条に規定する規則で定める事項は、次に掲げる事項とする。

- (1) 受給資格者及び保護者の住所氏名
- (2) 被保険者名、加入者又は組合員名
- (3) 保険者名、事業団名又は組合名
- (4) 被保険者証、加入者証又は組合員証の記号・番号
- (5) 付加給付金の内容
- (6) その他市長が必要があると認めた場合

2 前項各号に掲げる事項に関する届出は、子育て支援医療費受給資格変更届(様式第6号)により行うものとする。

3 条例第10条に規定する受給資格を失ったときの届出は、子育て支援医療費受給資格喪失届(様式第7号)により行うものとする。

4 条例第10条に規定する給付事由が第三者の行為によって生じたものであるときの届出は、第三者行為傷病届(様式第8号)により行うものとする。

(医療費の返還)

第9条 条例第11条及び第12条の規定による医療費の返還通知は、子育て支援医療費返還通知書(様式第9号)により行うものとする。

(その他)

第10条 この規則に定めるもののほか、子育て支援医療費の給付に関する必要な事項は、市が別に定める。

附 則

この規則は、平成17年3月31日から施行する。

附 則(平成18年10月30日規則第92号)

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行し、平成18年10月1日から適用する。

(経過措置)

2 この規則による改正前の新見市乳幼児医療費の給付に関する条例施行規則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則(平成20年3月28日規則第21号)

(施行期日)

1 この規則は、平成20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前の新見市乳幼児医療費の給付に関する条例施行規則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成 21 年 6 月 29 日規則第 21 号）

（施行期日）

- 1 この規則は、公布の日から施行し、平成 21 年 4 月 1 日から適用する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正前の新見市乳幼児等医療費の給付に関する条例施行規則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成 22 年 3 月 25 日規則第 13 号）

この規則は、平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成 26 年 7 月 4 日規則第 26 号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成 26 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前までに受けた医療保険各法の規定による訪問看護療養費又は家族訪問看護療養費の支給の対象となる療養に係る医療費給付申請の方法については、なお従前の例による。

- 3 この規則の施行の際現に発行されている改正前の新見市子育て支援医療費の給付に関する条例施行規則（以下「旧規則」という。）様式第 3 号による受給資格者証は、改正後の新見市子育て支援医療費の給付に関する条例施行規則様式第 3 号による受給資格者証とみなす。

- 4 この規則による旧規則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（令和 4 年 3 月 31 日規則第 14 号）

この規則は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。

様式第1号(第2条関係)

子育て支援医療費受給資格者証交付申請書
(新規・再発行・更新)

年 月 日

新見市長 様

申請者 (保護者)	住所	□□□-□□□□
	氏名	電話() - (子どもとの続柄)

子どもに係る医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて子育て支援医療費受給資格者証の交付(再発行・更新)を申請します。

なお、高額療養費について新見市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を新見市へ支払います。

家族療養費付加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を新見市へ支払います。

また、申請に当たり、公簿により所得を確認されることを承諾します。

申請理由	1 出生 2 転入 3 再発行 4 更新 5 制度改正 6 その他()					
対象子ども	ふりがな氏名				性別	男・女
	生年月日	年	月	日	保護者との続柄	
加入医療保険	被保険者又は世帯主の氏名				子どもとの続柄	
	保険種別	政・船・共・組・国・退	有効期間	年 月 日		
	保険者番号及び名称	□□□□□□□□	被保険者証の記号番号			
	付加給付	有・無		備考		
児童手当の受給	有・無			標準報酬月額	円	
他の制度による医療費の支給の有無		有 (制度名一)・無				
特記事項	再発行の場合理由					

様式第2号(第2条関係)

子育て支援医療費受給資格者証交付台帳

受給資格者番号										県補助対象		県補助対象外	
受給資格者名		生年月日 年 月 日 男・女						住所		(. . . 変更)			
保護者氏名		TEL								(. . . 変更)			
医療 保 険	保険種別	保険者名	保険者番号				記号・番号	被保険者等氏名	子どもとの続柄	付加給付	特定疾病療養給付証	備考	
										有・無	有・無		
										有・無	有・無		
資格者証	申請書受理年月日	年 月 日				交付年月日	年 月 日		有効期限	年 月 日まで			
	更新申請書	年 月 日				交付年月日	年 月 日		有効期限	年 月 日まで			
	再発行申請書	年 月 日				交付年月日	年 月 日		有効期限	年 月 日まで			
高額療養費の区分		低所得者・上位所得者 (確認方法)											
児童手当の受給		有(児童手当・特例給付) ・ 無 (確認方法)											
他法による支給		有(医療費名) ・ 無											
(備考)													

様式第3号(第2条関係)

表面

受診の際は必ず保険証に添えて提出してください。

この証が使えるのは、県内の医療機関・薬局・訪問看護ステーションだけです。

岡 山 県							
子育て支援医療費受給資格者証							
公費負担者番号	8	5	3	3			
受給資格者番号							
受給資格者	住 所						
	氏 名					男・女	
	生 年 月 日	年		月		日生	
一部負担金の割合	無 料						
有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで						
上記の者の診療にかかる医療保険の自己負担分については、公費で負担します。 年 月 日 岡山県 新見市長 印							
保険医療機関・保険薬局・指定訪問看護事業者の方へ この証により診療を求められたときは、公費併用扱いとして、レセプトにより、審査支払機関へ請求してください。 また、その場合、レセプトの「一部負担金額」「負担金額」欄には「0円」と記入してください。							

裏面

注 意 事 項

- 1 この証は、子育て支援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持してください。
- 2 受診の際は、保険証と一緒に、必ずこの証を医療機関(薬局・訪問看護ステーションを含む。以下同じ。)の窓口へ提出してください。
なお、この証を医療機関の窓口へ提出しない場合は、子育て支援医療費助成の取り扱いは受けられないので、特に注意してください。
- 3 この証の記載事項や加入する医療保険に変更があったとき、又は交通事故など第三者の行為によって生じた病気やけがで受診の際は、すみやかにその旨を本市へ届け出てください。
- 4 子育て支援医療費の助成を受ける資格を失ったときは、すみやかにその旨を本市へ届け出るとともに、この証を返還してください。
- 5 この証は、他人に譲渡し、貸与し、又は担保に供してはいけません。
- 6 いつわりその他不正の行為により助成を受けたときは、費用の返還をさせられることがあります。
- 7 県外の医療機関で受診したときや県内の医療機関で現物給付により診療を受けられなかったときは、子育て支援医療費給付申請書に医療機関から受領した領収書を添えて本市の子育て支援医療担当窓口へ償還給付の申請を行ってください。
- 8 自立支援医療など国の公費医療制度が適用される場合は、それらの国の公費医療が優先適用されます。
- 9 本市外へ転出した場合は、この資格者証は使用できません。
- 10 お問い合わせ先
新見市子育て支援課

子育て支援医療費給付申請書

年 月 日

新見市長 様

下記のとおり、医療費の給付を申請します。

なお、受給資格の確認に必要な場合、公簿により私の世帯の所得並びに国民健康保険及び後期高齢者医療制度の加入状況を確認されることを承諾します。

申請者氏名			受給資格者 との続柄		
申請者住所	〒 —		TEL ()		
受給者 資格者	フリガナ 氏名	-----		受給資格者 の生年月日	年 月 日
	加入保険者名 (会社名)		保険 記号番号	単県公費受給 資格者番号	

診療年月	年 月分	※複数の医療機関等の申請がある場合は、別頁にこの欄のみ記入ください。			
医療機関等の名称	☆	所在地			

☆保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、柔道整復施術所等の名称、所在地を記入してください。

受診科	入・外	請求期間	発行日	保 険	
				合計	負担額
					円
					円
					円
					円
					円
計					円

※領収証又は療養費支給決定通知書を添付してください。
※「入・外」区分の「外」には、指定訪問看護を含みます。

口座 番号	金融機関の名称	()銀行・信用金庫・農協()本店・支店・支所	
	口座種別と 口座番号	普通 当座 預金	口座番号
	フリガナ	-----	
	名義人		

市町村記入欄※	診療年月		受給資格者番号				
	医療機関等コード		入外				
	加入保険者番号		被保険者番号				
	決定点数(金額)						
	性別	生年月日	日数	給付割合			
	総医療費 (A)	窓口負担額(B)	高額療養費 自己負担限度額 (C)	他法公費自己負 担額(月額)(D) 公費番号	単県公費一部負担 額(月額) (E) 外来・合算	単県公費償還給 付額 (F)	
	円	円	円	円	円	円	
決	課長	課長補佐	係長	主査	係	システム入力	支出命令
裁						月 日	月 日

※(E)欄は、一部負担額に達しない場合はその額を記入してください。(F)欄がマイナスにならないように留意。

※(現物化されない)他法公費に該当する場合は、(F) = (D) - (E) ※(D)欄に他法公費番号を記入のこと。

※高額療養費に該当し、他法公費に該当しない場合は、(F) = (C) - (E)

※高額療養費及び他法公費に該当しない場合は、(F) = (B) - (E)

様式第6号(第8条関係)

子育て支援医療費受給資格変更届

年 月 日

新見市長 様

届出人 住 所
氏 名

受給者資格者番号							受給資格者氏名		生 年 月 日		
									年	月	日
									年	月	日
									年	月	日
									年	月	日
変更事項に○を付けてください。 1 氏 名 2 住 所 3 加入保険関係 (1) 保険者名 (2) 記号番号 (3) 付加給付の内容 4 その他							変 更 前				
							変 更 後				
変 更 年 月 日							年 月 日				

※子育て支援医療費受給資格者証及び被保険者(組合員)証を添えて提出してください。

様式第7号(第8条関係)

子育て支援医療費受給資格喪失届

年 月 日

新見市長 様

届出人 住所
氏名

受給者資格者番号								受給資格者氏名		生 年 月 日		
										年	月	日
										年	月	日
										年	月	日
										年	月	日
資格喪失の理由に○を付けてください。 1 他市町村へ転出 2 死亡 3 被保険者等資格の喪失 4 その他												
喪 失 年 月 日								年 月 日				

※子育て支援医療費受給資格者証を添えて提出してください。

第 三 者 行 為 傷 病 届

年 月 日

新見市長 様

届出人 住 所
氏 名
電話番号 ()

新見市子育て支援医療費の給付に関する条例第 1 0 条の規定により届出ます。

受給資格者	公費負担者番号															受給資格者番号										
	ふりがな氏名											生年月日	年 月 日													
事故発生状況	発生日時	年 月 日 午前/午後 時 分頃																								
	発生場所																									
	原因及び被害の状況																									
加害者(第三者)	住 所	〒																								
	ふりがな氏名											電話番号	()													
	自賠責保険	保険会社名											電話番号	()												
		契約者氏名											証明書番号	第	号											
	任意保険	保険会社名											電話番号	()												
		契約者氏名											担当者名													

- ※1 交通事故の場合は、警察署で事故証明書を作成してもらい、この届に添えて提出してください。
- 2 示談成立のときは、示談書の写しを添えて提出してください。

様式第9号(第9条関係)

第 号
年 月 日

様

新見市長

子育て支援医療費返還通知書

このことについて、さき下記医療費を支給しましたが、返還くださいますよう通知します。

記

支給年月日	支給金額
	円

2 返還理由

3 返還金納付期日

年 月 日

4 返還金納付場所

(注)この通知書を必ずご持参ください。

様式第 1 号 (第 2 条関係)

様式第 2 号 (第 2 条関係)

様式第 3 号 (第 2 条関係)

様式第 4 号 (第 5 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)

様式第 8 号 (第 8 条関係)

様式第 9 号 (第 9 条関係)