

改正

平成6年5月12日規則第3号

平成7年3月28日規則第4号

平成13年3月22日規則第5号

平成14年9月27日規則第19号

平成15年9月22日規則第13号

平成16年6月22日規則第11号

平成18年9月19日規則第12号

平成20年3月26日規則第11号

平成20年7月9日規則第20号

平成20年12月25日規則第31号

平成22年3月30日規則第4号

平成23年3月23日規則第5号

平成26年3月18日規則第5号

平成28年10月1日規則第22号

平成29年7月28日規則第23号

平成31年4月26日規則第6号

奈井江町子ども医療費助成に関する条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、奈井江町子ども医療費助成に関する条例（昭和48年条例第21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条第2項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であることを証明する書類（以下「被保険者証等」という。）
- (2) 保護者又は扶養義務者の所得の状況を明らかにする書類

(3) 受給資格者が満3歳に達する日の属する月の翌月以降の者で、その属する世帯員全員が市町村民税非課税のときは、世帯全員が市町村民税非課税であることを証明する書類

2 町長は、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。

3 前2項の規定は、認定の更新申請において準用する。

(受給資格者の登録及び受給者証の交付)

第3条 町長は、前条の規定により認定したものについて様式第2号の子ども医療費受給者台帳(以下「受給者台帳」という。)に登録し、様式第3号の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号の子ども医療費受給者証再交付申請書を町長に提出し、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8月1日から7月31日までの間とする。ただし、町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。

(条例第5条第2項に規定する額等)

第5条 条例第5条第2項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。)に規定する額とする。

(助成の申請)

第6条 条例第5条第4項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支給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7条 町長は、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、口座振込済通知書により当該申請者に通知する。

(受給資格の喪失及び受給者証の返還)

第8条 給付対象者が、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) 町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、保護者は速やかに様式第6号による子ども医療費受給者資格喪失届を町長に提出し、かつ、受給者証を町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、子ども医療変更届（様式第7号）を町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、町長が定める。

附 則

この規則は、昭和48年10月1日から施行する。

附 則（平成6年5月12日規則第3号）

この規則は、公布の日から施行し、平成6年4月1日から適用する。

附 則（平成7年3月28日規則第4号）

この規則は、公布の日から施行し、平成7年1月1日から適用する。

附 則（平成13年3月22日規則第5号）

この規則は、平成13年4月1日から施行する。ただし、第1条中奈井江町乳幼児医療費助成に関する条例施行規則第2条及び第3条の改正規定（中略）は、平成13年10月1日から施行する。

附 則（平成14年9月27日規則第19号）

この規則は、平成14年10月1日から施行する。

附 則（平成15年9月22日規則第13号）

この規則は、平成15年10月1日から施行する。

附 則（平成16年6月22日規則第11号）

この規則は、平成16年10月1日から施行する。

附 則（平成18年9月19日規則第12号）

この規則は、平成18年10月1日から施行する。ただし、第4条第3項の改正規定は、公布の日から施行する。

附 則（平成20年3月26日規則第11号）

- 1 この規則は、平成20年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に存する改正前の奈井江町乳幼児医療費助成に関する条例施行規則に定める様式による用紙については、所要の調整をして、当分の間、これを使用することができる。

附 則（平成20年7月9日規則第20号）

この規則は、平成20年10月1日から施行する。

附 則（平成20年12月25日規則第31号）

この規則は、平成21年1月1日から施行する。

附 則（平成22年3月30日規則第4号）

この規則は、平成22年4月1日から施行する。

附 則（平成23年3月23日規則第5号）

この規則は、平成23年4月1日から施行する。

附 則（平成26年3月18日規則第5号）

この規則は、平成26年4月1日から施行する。

附 則（平成28年10月1日規則第22号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成29年7月28日規則第23号）

この規則は、平成29年8月1日から施行する。

附 則（平成31年4月26日規則第6号）

この規則は、元号を定める政令（平成31年政令第143号）の施行の日から施行する。

様式第1号（第2条関係）

子ども医療費受給者証交付申請書

年 月 日

奈井江町役場 様

申請者 住所

(保護者) 氏名

印

記

下記のとおり子ども医療費受給者証の交付を申請します。

受給対象者の状況	受給者番号	フリガナ	生年月日	性別	続柄	住 所	資 格 要 件
	有効期限	氏 名	個 人 番 号				
				男・女		出生・転入 その他()	
				男・女		出生・転入 その他()	
保護者の状況	加入保険	フリガナ	生年月日	性別	続柄	職業または勤務先	所得状況 扶 養 者 数
	記号番号	氏 名	個 人 番 号				
				男・女		円	
				男・女		円	
※決定欄	課長	補佐	係長	係	決定年月日	年 月 日	
	1. 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。 2. 次の理由により上記申請を却下する。						
	却下理由						

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

同意事項	制度対象期間終了まで、受給者及び受給者の属する世帯員の所得状況等について確認されることに同意いたします。 申請者 住所 氏名 印
------	--

様式第2号 (第3条関係)

子ども医療費受給者台帳

受給者番号		補助区分		取得事由		取得日	
個人番号				喪失事由		喪失日	
受給者			性別		生年月日		
			住所				
医療保険の状況	保険種別			保険取得日		記号番号	
	保険者名			保険者住所			
	世帯主名	住所			受給者との続柄		
生計維持者名		生計維持者住所			受給者との続柄		
子ども区分	入院・通院						

様式第3号 (第3条関係)

1 3歳以上6歳未満(就学前)の課税世帯の子ども

(表面)

(裏面)

乳課		子ども医療費受給者証					
公費負担者番号		受給者番号					
受給者	住所						
	氏名				男・女		
	生年月日	年	月	日			
有効期間	年 月 日から		年 月 日まで		全額助成		
発行機関名及び印							
交付年月日	年	月	日				

注意事項

- この証は、北海道内の保険医療機関等で受診した場合に、窓口で支払うべく自己負担金相当額分を町長が支払いする証ですから大切に保存してください。
- 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。
- 転出等により受給者の資格がなくなったときには、速やかにこの証を町長に返してください。
- 氏名又は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町長にその旨を届け出てください。
- 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日以内にこの証を添えて、町長にその旨を届け出てください。
- 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。
- 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ので、速やかに町長に返してください。
- 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 乳課の3歳から6歳未満(就学前)においては、医療保険と公費「90」、公費「91」の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は町で助成しますが、一部負担金を公費「①」の負担金額欄へ記載してください。

2 小学生で課税世帯の子ども

(表面)

乳課		子ども医療費受給者証											
		公費負担者 番号		受給者 番号									
受 給 者	住 所												
	氏 名									男・女			
	生年月日	年		月		日							
有効期間		年		月		日から		年		月		日まで	
		全 額 助 成											
発行機関 名及び印													
交付年月日		年		月		日							

3 中学生・高校生等で課税世帯の子ども

(表面)

乳課		子ども医療費受給者証											
		公費負担者 番号		受給者 番号									
受 給 者	住 所												
	氏 名									男・女			
	生年月日	年		月		日							
有効期間		年		月		日から		年		月		日まで	
		全 額 助 成											
発行機関 名及び印													
交付年月日		年		月		日							

(裏面)

注 意 事 項

- この証は、北海道内の保険医療機関等で受診した場合に、窓口で支払うべく自己負担金相当額分を町長が支払いする証ですから大切に保存してください。
- 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。
- 転出等により受給者の資格がなくなったときには、速やかにこの証を町長に返してください。
- 氏名又は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町長にその旨を届け出てください。
- 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日以内にこの証を添えて、町長にその旨を届け出てください。
- 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。
- 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ので、速やかに町長に返してください。
- 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

- 乳課の小学生（児童）の入院・指定訪問介護においては、医療保険と公費「90」「91」の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は町で助成しますが、一部負担金を公費「①」の負担金額欄へ記載してください。
- 乳課の小学生（児童）の入院外（通院）においては、医療保険と公費「92」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。

(裏面)

注 意 事 項

- この証は、北海道内の保険医療機関等で受診した場合に、窓口で支払うべく自己負担金相当額分を町長が支払いする証ですから大切に保存してください。
- 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。
- 転出等により受給者の資格がなくなったときには、速やかにこの証を町長に返してください。
- 氏名又は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町長にその旨を届け出てください。
- 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日以内にこの証を添えて、町長にその旨を届け出てください。
- 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。
- 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ので、速やかに町長に返してください。
- 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

- 乳課の中学生・高校生等の入院、入院外（通院）、指定訪問介護においては、医療保険と公費「92」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 3歳以上で所得制限超世帯の子ども

(表面)

乳課		子ども医療費受給者証											
		公費負担者 番号		受給者 番号									
受 給 者	住 所												
	氏 名									男・女			
	生年月日	年		月		日							
有効期間		年		月		日から		年		月		日まで	
		全 額 助 成											
発行機 関名 及び 印													
交付年月日		年		月		日							

5 3歳未満児及び3歳以上6歳未満(就学前)の非課税世帯の子ども

(表面)

乳初		子ども医療費受給者証											
		公費負担者 番号		受給者 番号									
受 給 者	住 所												
	氏 名									男・女			
	生年月日	年		月		日							
有効期間		年		月		日から		年		月		日まで	
		全 額 助 成											
発行機 関名 及び 印													
交付年月日		年		月		日							

(裏面)

注 意 事 項

- この証は、北海道内の保険医療機関等で受診した場合に、窓口で支払うべく自己負担金相当額分を町長が支払いする証ですから大切に保存してください。
- 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。
- 転出等により受給者の資格がなくなったときには、速やかにこの証を町長に返してください。
- 氏名又は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町長にその旨を届け出てください。
- 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日以内にこの証を添えて、町長にその旨を届け出てください。
- 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。
- 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに町長に返してください。
- 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 乳課の3歳以上～高校生等の入院、入院外(通院)、指定訪問介護においては、医療保険と公費「92」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。

(裏面)

注 意 事 項

- この証は、北海道内の保険医療機関等で受診した場合に、窓口で支払うべく自己負担金相当額分を町長が支払いする証ですから大切に保存してください。
- 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。
- 転出等により受給者の資格がなくなったときには、速やかにこの証を町長に返してください。
- 氏名又は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町長にその旨を届け出てください。
- 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日以内にこの証を添えて、町長にその旨を届け出てください。
- 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。
- 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに町長に返してください。
- 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 乳初の初診時においては、医療保険と公費「90」、公費「91」の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は町で助成しますが、初診時一部負担金を公費「④」の負担金額欄へ記載してください。
- ② 乳初の初診時以外の月については、医療保険と公費「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。

6 小学生で非課税世帯の子ども

(表面)

乳初		子ども医療費受給者証											
		公費負担者 番号			受給者 番号								
受 給 者	住 所												
	氏 名									男・女			
	生年月日	年		月		日							
有効期間		年		月		日から		年		月		日まで	
		全 額 助 成											
発行機関 名及び印													
交付年月日		年		月		日							

7 中学生・高校生等で非課税世帯の子ども

(表面)

乳初		子ども医療費受給者証											
		公費負担者 番号			受給者 番号								
受 給 者	住 所												
	氏 名									男・女			
	生年月日	年		月		日							
有効期間		年		月		日から		年		月		日まで	
		全 額 助 成											
発行機関 名及び印													
交付年月日		年		月		日							

(裏面)

注 意 事 項

- この証は、北海道内の保険医療機関等で受診した場合に、窓口で支払うべく自己負担相当額分を町長が支払いする証ですから大切に保存してください。
- 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。
- 転出等により受給者の資格がなくなったときには、速やかにこの証を町長に返してください。
- 氏名又は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町長にその旨を届け出てください。
- 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日以内にこの証を添えて、町長にその旨を届け出てください。
- 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。
- 有効期限を超過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに町長に返してください。
- 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 乳初の小学生（児童）の入院・指定訪問介護においては、医療保険と公費「90」、公費「91」の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は町で助成しますが、初診時一部負担金を公費「①」の負担金額欄へ記載してください。
- ④ 乳初の小学生（児童）の入院外（通院）においては、医療保険と公費「92」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。

(裏面)

注 意 事 項

- この証は、北海道内の保険医療機関等で受診した場合に、窓口で支払うべく自己負担相当額分を町長が支払いする証ですから大切に保存してください。
- 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。
- 転出等により受給者の資格がなくなったときには、速やかにこの証を町長に返してください。
- 氏名又は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町長にその旨を届け出てください。
- 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日以内にこの証を添えて、町長にその旨を届け出てください。
- 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。
- 有効期限を超過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに町長に返してください。
- 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 乳初の中学生・高校生等の入院、入院外（通院）、指定訪問介護においては、医療保険と公費「92」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。

(表面)

乳初		子ども医療費受給者証											
		公費負担者 番号		受給者 番号									
受 給 者	住 所												
	氏 名									男・女			
	生年月日	年		月		日							
有効期間		年		月		日から		年		月		日まで	
発行機関 名及び印													
交付年月日		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で受診した場合に、窓口で支払うべく自己負担金相当額分を町長が支払いする証ですから大切に保存してください。
- 2 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には、速やかにこの証を町長に返してください。
- 4 氏名又は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町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日以内にこの証を添えて、町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 有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに町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、初診時以外においては、医療保険と公費「92」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4号（第3条関係）

子ども医療費支給申請書

年 月 日

北海道空知郡奈井江町長

申請者 住所
氏名
受給者との続柄

印

子ども医療費の支給を受けたいので証拠書類を添えて申請します。

記

申請内容	受給者	受給者番号		医療保険 記号・番号							
		住所									
		氏名		生年月日							
	医療機関	名称									
		所在地									
	診療の内容	入院別	入院・入院外	療養の期間							
		疾病の原因	療養日数 (日)								
		療養に要した費用									
	医療費の 支払方法	1. 現金払	金融機関名	銀行	支店						
		2. 口座払	口座番号	口座番号	名義人						
※決定欄	課長		補佐		係長		係		決定 年月日	年 月 日	
	1 上記申請内容を審査結果、次のとおり支給する。 2 次の理由により上記申請を却下する。										
	支給決定	総医療費	保険負担額	高額療養費	附加給付	初診時 一部負担金	繰上 調整額	支給決定額			
		却下理由									
	摘要										

※欄は記入しないでください。

様式第6号（第8条関係）

子ども医療変更届

年 月 日

北海道空知郡奈井江町長

届出者 住所

氏名

印

受給者との続柄

個人番号

下記のとおり住所等に変更がありましたのでお届けします。

記

	個人番号														
届出内容	受給者名							受給者号							
	住所	新							変更	年 月 日					
		旧													
	氏名	新							変更	年 月 日					
		旧													
	保険者	新	保険者名				記号番号			附加給付	有・無		変更	年 月 日	
			旧						有・無						
		新	被保険者(世帯主)の氏名												
			旧												
	後期高齢者	番号								保険取得年月日	年 月 日				
※決定欄	課長			補佐			係長			係			決年 月 日	年 月 日	
	上記届出により次のとおり決定する。														
	新受給者番号														
	変更年月日							台帳整理	未・済		払出簿整理	未・済		受給者証訂正(回収)	未・済

(注) 届出者は※欄は記入しないで下さい。