

改正

昭和48年12月13日規則第26号
平成1年3月29日規則第2号
平成11年3月10日規則第6号
平成15年7月31日規則第64号
平成16年8月31日規則第33号
平成18年3月31日規則第17号
平成18年9月28日規則第58号
平成20年4月1日規則第33号
平成20年12月30日規則第63号
平成22年9月1日規則第36号

標茶町乳幼児等医療費助成事業に関する条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、標茶町乳幼児等医療費助成事業に関する条例（昭和48年標茶町条例第13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)

第1条の2 条例第2条第5号に規定する一部負担金は、次のとおりとする。

(1) 受給者が3歳未満（3歳に達する日（誕生日の前日）の属する月の末日までの期間を含む。）の場合又は受給者の属する世帯員全員が市町村民税非課税者の場合

初診時一部負担金（医科診療に係るときは、初診1件につき580円、歯科診療に係るときは、初診1件につき510円）

(2) 前号以外の場合

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「法」という。）第67条第1項第1号の規定の例により算定した一部負担金に相当する額のその他の同法に規定する後期高齢者医療被保険者が同法の規定により負担すべき額（基本利用料及び食事療養標準負担額を除く。）に相当する額から高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成19年政令第318号。以下「令」という。）第14条の規定の例により算定した高額療養費に相当する額を控除した額とする。この場合において、同条第1項の高額療養費に相当する額の算定に係る高額療養費算定基準額は令第15条第1項及び第2項の規定にかかわらず、44,400円とし、令第14条第3項の高額療養費に相当する額の算定に係る高額療養費算定基準額は令第15条第3の規定にかかわらず12,000円とする。

(一部負担金と基本利用料の合算)

第1条の3 前条第2号の場合であって、受給者が条例第2条第6号に規定する基本利用料を負担した場合には、当該基本利用料を加算した額で算定するものとする。

第2条 削除

(受給資格者の登録申請)

第3条 条例第5条の規定による受給資格者の登録は、医療保険証を添えて別記第1号様式の乳幼児等医療費受給資格者登録申請書（以下「登録申請書」という。）により行なわなければならない。ただし、受給者の属する世帯員全員が町民税非課税者の場合は、世帯全員が町民税非課税者であることを確認できる書類を添付しなければならない。

2 町長は、前項の規定にかかわらず申請書に添付すべき書類の内容が、公簿等によつて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ものとする。

3 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。

(登録の承認の決定)

第4条 町長は、前条の規定により提出された登録申請書の内容を審査し、登録承認の可否を別記第2号様式の乳幼児等医療費受給資格者登録承認通知書及び別記第3号様式の乳幼児等医療費受給資格者登録不承認通知書により当該申請者に通知しなければならない。

(受給者証)

第5条 町長は、前条の規定により受給資格者として登録した者に対し別記第4号様式又は別記第4号様式の2の乳幼児等医療費受給者証（以下「受給者証」という。）を交付しなければならない。

2 前項の受給者証は、毎年更新するものとし、その期間は、8月1日から7月31日までとする。ただし、町長が特に必要と認めた場合は、この限りでない。

（助成の申請及び請求）

第6条 条例第7条第1項に規定する助成の申請は、別記第6号様式の乳幼児等医療費交付申請書を町長に提出することにより行なうものとする。

2 条例第7条第2項に規定する助成の請求は、次のいずれかの方法によらなければならない。

（1）医療機関が別記第5号様式の乳幼児等医療費（請求事務取扱手数料）請求書兼支払決定書を町長に提出し請求するものとする。

（2）町長の委託した審査支払機関に対し診療報酬明細書により請求するものとする。

3 第1項に規定する申請は、療養を受けた日の属する月の末日から起算して2年以内とする。

4 第2項第1号に規定する請求は、療養をした月ごとに当該月の翌月10日までに行なわなければならない。

（助成の決定等）

第7条 町長は、前条の規定による請求及び申請を受理したときはその内容を審査し、支給決定をしたときは、前条第1項の当該申請者には別記第7号様式の2の乳幼児等医療費交付支払通知書を前条第2項第1号の当該請求者には別記第7号様式の乳幼児等医療費（請求事務取扱手数料）支払決定通知書により通知するものとする。

2 前項の医療費の支給の時期は、当該請求及び申請を受理した日から30日以内とする。

（届出）

第8条 条例第9条の規定による届出は、別記第8号様式の乳幼児等医療費受給資格変更届出書により行なわなければならない。

（受給者証の再交付）

第9条 受給者証を汚損し、破損又は亡失したことにより受給者証の再交付を受けようとするときは、別記第9号様式の乳幼児等医療費受給者証再交付申請書を町長に提出しなければならない。

（受給者証の返還）

第10条 受給資格者が、条例第3条に規定する対象者としての要件を欠くに至ったときは、別記第10号様式の乳幼児等医療費受給資格喪失届により受給者証を町長に返還しなければならない。

附 則

この規則は、昭和48年5月1日から施行する。

附 則（昭和48年12月13日規則第26号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成1年3月29日規則第2号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成11年3月10日規則第6号）

この規則は、平成11年4月1日から施行する。

附 則（平成15年7月31日規則第64号）

この規則は、平成15年8月1日から施行する。

附 則（平成16年8月31日規則第33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3月31日規則第17号）

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則（平成18年9月28日規則第58号）

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

附 則（平成20年4月1日規則第33号）

この規則は、公布の日から施行する。ただし、満6歳に達する日（誕生日の前日）以後の最初の4月1日から満12歳に達する日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日までの者に係る医療費の助成については、平成20年10月1日から施行する。

附 則（平成20年12月30日規則第63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9月1日規則第36号）

この規則は、公布の日から施行する。

別記第1号様式

| | |
|--------|--------------|
| 取得事由 | 出生・転入・その他() |
| 受給者証番号 | |
| 加入保険 | |

乳幼児等医療費受給資格認定申請書

年 月 日

(申請先) 標茶町長

住所
保護者
氏名 印

乳幼児等医療費受給者証の交付を申請します。

| | | | | | | |
|----------|-------------------------------------|--------|------|------|-------|-------|
| 受給対象者の把握 | フリガナ | | | | | |
| | 受給対象者名 | 男女 | | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日生 | | | | |
| | 保護者との続柄 | | | | | |
| | 保護者との同居・別居の別 | 同居・別居 | | | | |
| | 父の氏名 | | | 生・死亡 | | |
| | 母の氏名 | | | 生・死亡 | | |
| 加入医療保険 | 保険種別 | | 記号番号 | | 附加給付 | 有無 |
| | 被保険者証発行機関名 | | | 所在地 | | |
| 添書付類 | この申請にあたっては「被保険者証」を添えること。 | | | | | |
| ※決定欄 | 係 | 係長 | 補佐 | 課長 | 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。

別記第3号様式

乳幼児等医療費受給資格者登録不承認通知書

第 号
年 月 日

(申請者)

様

標茶町長

㊟

先に申請のありました乳幼児等医療費受給資格者の登録について次の理由により承認できないので通知します。

(理由)

別記第4号様式

(表面)

| | | | |
|---|------|---|---------|
|  | | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">乳幼児等医療費受給者証</div> | |
| 記号 | | 番号 | |
| 乳幼児等 | 住所地 | | |
| | 氏名 | | 男・女 |
| | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 有効期限 | | 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 | |

(備考) 日本工業規格 B列7番 (91mm×128mm)

(裏面)

| | |
|---|--|
| 注 意 事 項 | |
| <p>1 この証は、北海道内の保険医療機関等において診療の助成を受けられる対象であることを証明するものですので、大切に保管してください。</p> <p>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。</p> <p>3 転出等により受給者の資格がなくなったときは、すみやかにこの証を町長に返還してください。</p> <p>4 住所、氏名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。</p> <p>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。</p> <p>6 この証を破ったり、汚したり又は紛失したときは、再交付を受けてください。</p> <p>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、すみやかに町長に返還してください。</p> <p>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。</p> | |

別記第4号様式の2

(表面)

| | | | |
|---|------|--|-----|
|  | | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">乳幼児等医療費受給者証</div> | |
| 記号 | | 番号 | |
| 乳幼児等 | 住所地 | | |
| | 氏名 | | 男・女 |
| | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 有効期限 | | 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 | |

(備考) 日本工業規格 B列7番 (91mm×128mm)

(裏面)

| |
|--|
| 注 意 事 項 |
| <ol style="list-style-type: none"> 1 この証は、北海道内の保険医療機関等において診療の助成を受けられる対象であることを証明するものですので、大切に保管してください。 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は、すみやかにこの証を町長に返還してください。 4 住所、氏名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、汚したり又は紛失したときは、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、すみやかに町長に返還してください。 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。 |

別記第5号様式

乳幼児等医療費請求書兼支払決定書
請求事務取扱手数料

(あて先) 標茶町長

内訳書を添付し下記のとおり請求します。

| | | | | | | | | | |
|-------|--------|--------|-------------------------------------|--------------|----------|---------|---------------|----|--|
| 請求年月日 | | 年 月 日 | | 医療機関 名称住所 | | 医療機関コード | | ① | |
| 診療月 | | 月 診療 分 | | 氏名 住 氏 | | | | | |
| 請求 | 区分 | 件数 | 診療報酬請求 総点数合計 (公費負担分は含 めない) | 初回 | 診療 回数 | 医療 費 | 請求事務 取扱手数料 | 備考 | |
| | 入院(2割) | 件 | 点 | | 回 | 円 | 円 | | |
| | 入院(3割) | 件 | 点 | | 回 | 円 | 円 | | |
| | 通院 | 件 | 点 | | 回 | 円 | 円 | | |
| | 合計 | 件 | 点 | | 回 | 円 | 円 | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------|--------|----|-----------------|----|----------|---------|---------------|----------|----|
| ※ 支払 決定 | 区分 | 件数 | 診療報酬請求 総点数合計 | 初回 | 診療 回数 | 医療 費 | 請求事務 取扱手数料 | 過誤 調整 | 調整 |
| | 入院(2割) | 件 | 点 | | 回 | 円 | 円 | 件 | 円 |
| | 入院(3割) | 件 | 点 | | 回 | 円 | 円 | 件 | 円 |
| | 通院 | 件 | 点 | | 回 | 円 | 円 | 件 | 円 |
| | 合計 | 件 | 点 | | 回 | 円 | 円 | 件 | 円 |

※印欄は記入しないで下さい。

乳幼児等医療費請求内訳書

| 医療機関コード | | 科コード | | 科 | | | |
|----------------------------|-------------|--------|----------------------------|----------------------------|----------|-------------------|----|
| 診療月 | 医療証番号 | 乳幼児等氏名 | 保険区分 | 入通院区分 | 初診 回数 | 診療報酬 請求 総点数 | 備考 |
| ... |-..... | | 1 2 3 4 5 6 国 政 船 日 共 組 | 1 2 3 入院 入院 通院 2割 3割 | 回 | 点 | |
| ... |-..... | | 1 2 3 4 5 6 国 政 船 日 共 組 | 1 2 3 入院 入院 通院 2割 3割 | 回 | 点 | |
| ... |-..... | | 1 2 3 4 5 6 国 政 船 日 共 組 | 1 2 3 入院 入院 通院 2割 3割 | 回 | 点 | |
| ... |-..... | | 1 2 3 4 5 6 国 政 船 日 共 組 | 1 2 3 入院 入院 通院 2割 3割 | 回 | 点 | |
| ... |-..... | | 1 2 3 4 5 6 国 政 船 日 共 組 | 1 2 3 入院 入院 通院 2割 3割 | 回 | 点 | |
| ... |-..... | | 1 2 3 4 5 6 国 政 船 日 共 組 | 1 2 3 入院 入院 通院 2割 3割 | 回 | 点 | |
| ... |-..... | | 1 2 3 4 5 6 国 政 船 日 共 組 | 1 2 3 入院 入院 通院 2割 3割 | 回 | 点 | |
| ※内訳書作成についてのお願い。 | | | | | 計 | 回 | 点 |
| 1 この内訳書は、レセプトごとに作成してください。 | | | | | | | |
| 2 保険区分、入通院区分はそれぞれ○で囲んで下さい。 | | | | | | | |

年 月 日

(申請先) 標茶町長

保 護 者 住 所
氏 名

印

乳幼児等医療費の支給を受けたいので関係書類を添えて請求します。

| | | | |
|------|------------------|------|--------|
| 受給資格 | 氏 名 | | 年 月 日生 |
| | 受給者証番号 | | |
| | 加入保険の名称・ 記号番号 | 名 称 | |
| | | 記号番号 | |

| 支 給 金 額 円 | | | | | | |
|-----------------------------|-------------|----|-------|-------|----------------|-------|
| 内 訳 | 入院入院 外の別 | 件数 | 自己負担額 | 一部負担額 | 高額・附加 給付見込額 | 差引支給額 |
| | 入 院 | | | | | |
| | 外 来 | | | | | |
| | 歯 科 | | | | | |
| | 調 剤 | | | | | |
| | 計 | | | | | |
| 備考 | | | | | | |
| 承 諾 書 | | | | | | |
| 上記の給付金を下記の口座に振り込むことを承諾します。 | | | | | | |
| 金融機関名 _____ | | | | | | |
| 口座名義人 _____ 口座番号等 普・当 _____ | | | | | | |
| 請求者名 _____ 印 | | | | | | |

別記第7号様式

乳幼児等医療費支払決定通知書
請求事務取扱手数料

年 月 診療分を下記のとおり決定しましたので通知します。

年 月 日
標茶町長 印

(年金保険係担当)

| | | |
|------------------|----------------|---|
| 医療機関 氏名 氏名 | 関係 氏名 氏名 | 様 |
|------------------|----------------|---|

| 請求 | 区分 | 件数 | 診療報酬請求総点数合計 (公費負担分は含めない) | 初診回数 | 医療費 | 請求事務 取扱手数料 | 備考 |
|--------|--------|----|-----------------------------|------|-----|---------------|----|
| | 入院(2割) | 件 | 点 | 回 | 円 | 円 | |
| 入院(3割) | 件 | 点 | 回 | 円 | 円 | | |
| 通院 | 件 | 点 | 回 | 円 | 円 | | |
| 合計 | 件 | 点 | 回 | 円 | 円 | | |

| ※ 支払 決定 | 区分 | 件数 | 診療報酬請求総点数合計 | 初診回数 | 医療費 | 請求事務 取扱手数料 | 過誤調整 | |
|---------------|--------|----|-------------|------|-----|---------------|------|---|
| | 入院(2割) | 件 | 点 | 回 | 円 | 円 | 件 | 円 |
| 入院(3割) | 件 | 点 | 回 | 円 | 円 | 件 | 円 | |
| 通院 | 件 | 点 | 回 | 円 | 円 | 件 | 円 | |
| 合計 | 件 | 点 | 回 | 円 | 円 | 件 | 円 | |

※印欄は記入しないで下さい。

年 月 日

様

標茶町長

㊟

乳幼児等医療費支払通知書

次のとおり乳幼児等医療費の助成額を決定しましたので通知します。

記

1 決定支給額

円

2 支払期日

年

月

日まで受領してください。

3 支払窓口

年 月 日

(届出先) 標茶町長

住所
保護者
氏名

印

下記のとおり(受給資格)に変更がありましたので届出します。

記

| 受給対象者名 | | | | | | | 受給者証号 | | |
|--------|----|---|---------|-------|---------|------|-------|-------|--|
| 受給対象者 | 住所 | 新 | | | | | 変更 | 年 月 日 | |
| | | 旧 | ----- | | | | | | |
| 受給対象者 | 氏名 | 新 | | | | | 変更 | 年 月 日 | |
| | | 旧 | ----- | | | | | | |
| 加入保険 | 加入 | 新 | 種類 | 保険者名 | | 記号番号 | 変更 | 年 月 日 | |
| | | 旧 | | ----- | | | | | |
| 加入保険 | 保険 | 新 | 附加給付の有無 | | 附加給付の内容 | | 変更 | 年 月 日 | |
| | | 旧 | ----- | | ----- | | | | |
| 保護者 | 住所 | 新 | | | | | 変更 | 年 月 日 | |
| | | 旧 | ----- | | | | | | |
| 保護者 | 氏名 | 新 | | | | | 変更 | 年 月 日 | |
| | | 旧 | ----- | | | | | | |

年 月 日

(申請先) 標茶町長

住所
保護者
氏名 印

下記の理由により乳幼児等医療費受給者証の再交付を申請します。

記

| | | | | |
|--------|---|--|-------------|--|
| 受給対象者 | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | 受給者証 番 号 | |
| 理 由 | 1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他 () | | | |

別記第10号様式

| | |
|------|--------------|
| 喪失事由 | 転出・期限・死亡・その他 |
| 加入保険 | |

乳幼児等医療費受給資格喪失届

年 月 日

(届出先) 標茶町長

保 護 者 住 所
氏 名

印

次の理由により、乳幼児等医療費の受給資格が喪失しましたので届出します。

記

| | | | | | | | | | | |
|-------|-------------------------|-------|---------|--------|-------|--------|-----|--|--|--|
| 受給者 | 受 給 者 証 番 号 | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | |
| | 生 年 月 日 | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 理 由 | 1 他の市町村に転出 | | (. .) | | | | | | | |
| | 2 期限切れ | | (. .) | | | | | | | |
| | 3 死亡 | | (. .) | | | | | | | |
| | 4 その他 (| |) | | | | | | | |
| ※ 決定欄 | 係 | 係長 | 補佐 | 課長 | 決定年月日 | 年 月 日 | | | | |
| | 上記届出により次のとおり資格喪失の決定をする。 | | | | | | | | | |
| | 資格喪失年月日 | 年 月 日 | | システム入力 | 未・済 | 受給者証回収 | 未・済 | | | |

(注) 届出者は、※欄は記入しないでください。