

○匝瑳市子ども医療費の助成に関する規則

平成18年5月19日

規則第183号

改正 平成18年9月29日規則第202号

平成19年8月30日規則第42号

平成20年9月25日規則第61号

平成22年3月31日規則第25号

平成22年6月21日規則第34号

平成22年7月26日規則第35号

平成23年3月25日規則第19号

平成23年7月15日規則第41号

平成24年2月15日規則第1号

平成24年7月4日規則第43号

平成24年7月4日規則第46号

平成24年9月27日規則第51号

平成27年3月26日規則第6号

平成27年12月25日規則第56号

(目的)

第1条 この規則は、子どもの医療に要する費用を負担する保護者に、当該費用の全額を助成することにより、子どもの保健対策の充実及び保護者の経済的負担を軽減し、もって子どもの保健の向上を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この規則において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 乳幼児等 出生の日から9歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者（学校教育法（昭和22年法律第26号）第18条の規定による就学義務の猶予又は免除に係る者（同条に規定する学齢児童に限る。）を含む。）をいう。
- (2) 児童 15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者（学校

教育法第 18 条の規定による就学義務の猶予又は免除に係る者を含む。) のうち乳幼児等以外のものをいう。

(3) 子ども 乳幼児等及び児童をいう。

(4) 保護者 子どもの親権を行う者、後見人その他の者で子どもを現に監護する者をいう。

(5) 医療保険各法 次に掲げる法律をいう。

ア 健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）

イ 船員保険法（昭和 14 年法律第 73 号）

ウ 私立学校教職員共済法（昭和 28 年法律第 245 号）

エ 国家公務員共済組合法（昭和 33 年法律第 128 号）

オ 国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）

カ 地方公務員等共済組合法（昭和 37 年法律第 152 号）

(6) 保険給付 医療保険各法の規定による療養の給付、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、家族療養費、家族訪問看護療養費及び高額療養費をいう。

(7) 一部負担金 医療費の額から医療保険各法の規定により給付される額を控除した額をいう。

(8) 自己負担金 国、県又は市（以下「国等」という。）が他の法令等により国等による医療に関する給付制度（以下「公費負担医療制度」という。）による給付決定をした場合に、当該給付を受けた者又はその保護者がその負担能力に応じて負担しなければならない額をいう。

(9) 保険医療機関 医療保険各法に基づき指定された病院、診療所、薬局等で市長からこの規則に定める子ども医療費の助成に関する事業の実施について委託を受けたものをいう。

（助成対象者）

第 3 条 この規則に定める子ども医療費の助成を受けることができる者（以下「助成対象者」という。）は、次に掲げる要件（以下「資格要件」という。）の全てに該当する子どもの保護者とする。ただし、市長が特に必要と認める場合は、第 1 号の要件を満たさない子どもの保護者を助成対象者とすることができる。

- (1) 子どもが匝瑳市の区域内に住所を有し、かつ、匝瑳市の住民基本台帳に記録されている者であること。
- (2) 子どもが医療保険各法の規定により保険給付の対象となった者であること。
- (3) 子どもが保険給付を受けることができる被保険者又は被扶養者であること。

(助成期間の始期)

第4条 この規則に定める子ども医療費の助成を受けることができる期間の始期は、第7条第1項の申請書の提出があった日（以下「申請日」という。）とする。

2 前項の規定にかかわらず、申請日が子どもの出生した日又は子どもが匝瑳市に転入した日の翌日から起算して1月以内である場合は、当該出生した日又は転入があった日をこの規則に定める子ども医療費の助成を受けることができる期間の始期とする。

(優先関係)

第5条 子どもに係る疾病が公費負担医療制度の対象となるものである場合には、その制度を優先適用する。

(助成額)

第6条 医療費として助成する額は、次に掲げる額とする。

- (1) 助成対象者が保険医療機関で子どもに係る保険給付を受けた場合は、その一部負担金に相当する額
- (2) 助成対象者が子どもに係る保険給付につき保険医療機関で一部負担金を負担した場合は、その一部負担金
- (3) 国等が公費負担医療制度による給付決定をした場合においては、当該給付を受けた者又はその保護者がその負担能力に応じて負担しなければならない自己負担金

2 前項の規定にかかわらず、公費負担医療制度による給付を受けた場合並びに医療保険各法に基づく規則等の規定による付加給付及びこれに準じるものがあつた場合は、同項の助成の額から当該給付の額を除くものとする。

(申請)

第7条 この規則に定める子ども医療費の助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、子ども医療費助成申請書（第1号様式）に申請日の属する年度（申請日の属する月が4月から7月までの場合は前年度）の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税額を証する書面を添付して又は市民税確認承諾書（第1号様式）を記載して市長に提出しなければならない。

2 申請者は、前項の申請書の提出の際に、医療保険各法による被保険者証又は組合員証（以下「被保険者証等」という。）を市長に提示しなければならない。

(受給資格の登録等)

第8条 市長は、前条第1項の申請書の提出があった場合は、速やかに、その内容を審査し、資格要件の全てに該当すると認めるときは当該申請者を受給資格者として当該申請者に関する次の事項を登録するものとし、資格要件に該当しないと認めるときは子ども医療費助成申請却下通知書（第2号様式）により当該申請者にその旨を通知するものとする。

- (1) 子どもの住所、氏名、性別、生年月日、保護者名及び世帯構成
- (2) 子どもに係る被保険者証等の記載事項
- (3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める事項

2 前項の規定により受給資格者として登録された者は、毎年度、市長が別に定める期日までに当該期日の属する年度の地方税法の規定による市町村民税額を証する書面を市長に提出しなければならない。ただし、市民税確認承諾書（第1号様式）を市長に提出した場合は、この限りでない。

(受給券の交付等)

第9条 市長は、前条に規定する登録を行った場合は、当該登録者に子ども医療費助成受給券（第3号様式。以下「受給券」という。）を交付するものとする。

2 受給券の交付を受けた者（以下「受給者」という。）は、自己又は子どもについて、前条の受給資格の登録内容に変更等が生じた場合は、子ども医療費受給資格登録変更（喪失）届（第4号様式）に受給券を添えて、市長に提出しなければならない。

- 3 市長は、受給資格の変更により受給券を変更する必要があるときは、速やかに受給券を変更交付するものとする。
- 4 受給者は、受給券をき損し、若しくは汚損し、又は紛失したときは、子ども医療費助成受給券再交付申請書（第5号様式）を市長に提出しなければならない。
- 5 受給者は、受給券をき損又は汚損したことにより、前項の申請書の提出を行うときは、当該受給券を添付しなければならない。
- 6 受給者は、受給券の再交付を受けた後において、紛失した受給券を発見したときは、速やかに発見した受給券を市長に返納しなければならない。

（助成の方法）

第10条 市長は、受給者が保険医療機関において受給券及び被保険者証を提示して医療を受けた場合においては、当該保険医療機関の請求に基づき、受給者に助成すべき額を当該保険医療機関へ支払うものとする。

- 2 前項の規定による支払がなされたときは、受給者に対し助成を行ったものとみなす。
- 3 受給者及び助成対象者（以下「受給者等」という。）が保険医療機関において一部負担金を支払った場合で、子ども医療費の助成を受けようとするときは、子ども医療費助成金交付申請書（第6号様式）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

（1） 受給券

（2） 被保険者証等

（3） 保険医療機関が発行する医療費計算書（第7号様式）又は領収書（医療内容の明細があるものに限る。）

（4） 付加給付又はこれに準じるものに関する証明書

- 4 前項の申請書の提出は、当該子どもが受けた医療に関する医療費を支払った日から起算して2年以内に行わなければならない。

（助成金の交付）

第11条 市長は、前条第3項の申請書の提出があったときは、速やかにその内容を審査し、適当と認めたものについては子ども医療費給付決定通知書（第8

号様式)により、不適当と認めたものについては子ども医療費給付申請却下通知書(第9号様式)により、その旨を当該受給者等に通知しなければならない。

(助成の制限)

第12条 第6条の規定にかかわらず子どもの保険給付について、その原因が第三者行為によって生じたものであり、かつ、その医療に要する費用の全部又は一部につき第三者から賠償等が行われるときは、その限りにおいて助成しない。

(受給権の消滅)

第13条 受給者が、次の各号のいずれかに該当することとなった日をもって、受給権は消滅する。

(1) 死亡したとき。

(2) 第3条各号に規定する助成対象者の要件に合致しなくなったとき。

(助成金の返還)

第14条 市長は、偽りその他不正な行為により、この規則の規定による助成を受けた者がいるときは、その者からこの規則による当該助成額の全部又は一部を返還させることができる。

2 受給者は、保険給付又は損害賠償により、助成に過払が生じることとなった場合は、過払相当額を市長に返還しなければならない。

(高額療養費の請求等)

第15条 市長は、受給者が国民健康保険の加入者であって、子ども医療費のうち高額療養費に該当する医療費がある場合は、当該受給者からの委任を受け、子ども医療費に係る高額療養費の請求及び受領を行うものとする。

(譲渡等の禁止)

第16条 助成を受ける権利は、譲渡し、又は担保に供してはならない。

(医療機関における経費)

第17条 第10条第3項の医療費計算書を保険医療機関が受給者等に交付したときは、市長は、当該保険医療機関に対して1件につき100円を支払うものとする。

(その他)

第18条 この規則の施行に関し必要な事項は、市長が別に定める。

## 附 則

### (施行期日等)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、平成18年2月1日から適用する。  
(八日市場市乳幼児医療費の助成に関する規則及び野栄町乳幼児医療費の助成に関する規則の廃止)
- 2 八日市場市乳幼児医療費の助成に関する規則(平成15年八日市場市規則第1号)及び野栄町乳幼児医療費の助成に関する規則(平成15年野栄町規則第2号)は、廃止する。

### (経過措置)

- 3 平成18年2月1日(以下「適用日」という。)の前日までに、この規則による廃止前の八日市場市乳幼児医療費の助成に関する規則又は野栄町乳幼児医療費の助成に関する規則(以下これらを「廃止前の旧市町規則」という。)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。
- 4 適用日の前日において入院していた者の医療については、この規則の規定にかかわらず、その者が引き続き入院する間は、なお廃止前の旧市町規則の例による。
- 5 この規則の規定は、適用日以後に乳幼児が受けた医療について適用し、同日前に乳幼児が受けた医療については、なお廃止前の旧市町規則の例による。

## 附 則 (平成18年9月29日規則第202号)

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

## 附 則 (平成19年8月30日規則第42号)

### (施行期日)

- 1 この規則は、平成19年10月1日から施行する。ただし、第2条第5号ウの改正規定、同号エの改正規定及び第3号様式の改正規定は、公布の日から施行する。

### (経過措置)

- 2 改正後の匝瑳市乳幼児医療費の助成に関する規則の規定のうち、4歳未満児に対する医療保険各法の規定による保険給付(入院に係る保険給付を除く。以

下この項において同じ。)に係る助成に関する規定は、この規則の施行の日以後に4歳未満児に対して給付する保険給付から適用し、同日前に給付された保険給付については、なお従前の例による。

- 3 第3号様式の改正規定の施行の日(以下「第3号様式改正規定施行日」という。)の前日までに、改正前の第3号様式の規定により調製した用紙は、第3号様式改正規定施行日以後においても、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9月25日規則第61号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成20年10月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の匝瑳市乳幼児医療費の助成に関する規則の規定は、この規則の施行の日以後に乳幼児に対して給付される保険給付から適用し、同日前に給付された保険給付については、なお従前の例による。

附 則(平成22年3月31日規則第25号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成22年6月21日規則第34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規則の規定により調製した用紙は、施行日以後においても、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7月26日規則第35号)

(施行期日)

- 1 この規則中第1条の規定は平成22年8月1日から、第2条の規定は同年12月1日から施行する。ただし、附則第4項の規定は、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匝瑳市子ども医療費の助成に関する規則(以下



「第1条の規定による改正後の規則」という。)の規定は同条の規定の施行の日以後に、第2条の規定による改正後の匝瑳市子ども医療費の助成に関する規則(以下「第2条の規定による改正後の規則」という。)の規定は同条の規定の施行の日以後に子どもが受けた医療について適用する。

- 3 第1条の規定の施行の際現に調製している用紙は同条の規定の施行の日以後に、第2条の規定の施行の際現に調製している用紙は同条の規定の施行の日以後においても、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

(準備行為)

- 4 第1条の規定による改正後の規則第7条の申請その他の必要な行為はこの規則による第1条の規定の施行の日前に、第2条の規定による改正後の規則第7条の申請その他の必要な行為はこの規則による第2条の規定の施行の日前においても行うことができる。

附 則(平成23年3月25日規則第19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。ただし、附則第4項の規定は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の匝瑳市子ども医療費の助成に関する規則(以下「改正後の規則」という。)の規定は、この規則の施行の日(以下「施行日」という。)以後に子どもが受けた医療について適用する。
- 3 この規則の施行の際現に調製している用紙は、施行日以後においても当分の間所要の調整をして使用することができる。

(準備行為)

- 4 改正後の規則第7条の申請その他の必要な行為は、施行日前においても行うことができる。

附 則(平成23年7月15日規則第41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 この規則の施行の日（以下「施行日」という。）の前日までに、改正前の匝瑳市子ども医療費の助成に関する規則の規定により調製した用紙は、施行日以後においても、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24年2月15日規則第1号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成24年2月20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、改正前の匝瑳市子ども医療費の助成に関する規則の規定により調製した用紙は、施行日以後においても、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24年7月4日規則第43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改正前の第3号様式の規定により調製され、使用されている子ども医療費助成受給券は、改正後の第3号様式の規定による子ども医療費助成受給券とみなす。

- 3 この規則の施行の日（以下「施行日」という。）の前日までに、改正前の第1号様式及び第3号様式の規定により調製した用紙は、施行日以後においても、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24年7月4日規則第46号抄）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成24年7月9日から施行する。

（匝瑳市子ども医療費の助成に関する規則の一部改正に伴う経過措置）

- 16 この規則の施行の際現に、第10条の規定による改正前の匝瑳市子ども医療費の助成に関する規則第3条第1号の助成対象者（匝瑳市の外国人登録原票に登録されている者に限る。）又は第7条第1項の規定により乳幼児等に係る医療費の助成の申請をしている者（匝瑳市の外国人登録原票に登録されている者に限る。）で施行日において法附則第4条第1項の規定により住民票が作成

されるものは、施行日において第10条の規定による改正後の匝瑳市子ども医療費の助成に関する規則第3条第1号の助成対象者又は第7条第1項の規定により乳幼児等に係る医療費の助成の申請をしている者とみなす。

附 則（平成24年9月27日規則第51号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成24年12月1日から施行する。ただし、附則第3項の規定は、公布の日から施行する。

（適用区分）

- 2 改正後の匝瑳市子ども医療費の助成に関する規則（以下「改正後の規則」という。）の規定は、この規則の施行の日（以下「施行日」という。）以後に子どもが受けた医療について適用し、施行日前に子どもが受けた医療については、なお従前の例による。

（準備行為）

- 3 改正後の規則第7条の申請その他の必要な行為は、施行日前においても行うことができる。

附 則（平成27年3月26日規則第6号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成27年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 改正後の第3条の規定は、この規則の施行の日（以下「施行日」という。）以後に保険医療機関で子どもが受けた医療に係る医療費から適用し、施行日前に子どもが受けた医療の医療費については、なお従前の例による。

附 則（平成27年12月25日規則第56号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、平成28年1月1日から施行する。ただし、第10条、第11条、第17条、第6号様式及び第7号様式の改正規定は、公布の日から施行し、平成27年8月1日から適用する。

（経過措置）

- 2 改正後の匝瑳市子ども医療費の助成に関する規則（以下「改正後の規則」と

いう。)第10条、第11条、第17条、第6号様式及び第7号様式の規定は、平成27年8月1日(以下「適用日」という。)以後に受けた通院に係る医療から適用し、適用日前に受けた通院に係る医療については、なお従前の例による。

- 3 改正後の規則第4条第2項の規定は、この規則の施行の日(以下「施行日」という。)以後に改正後の規則第7条第1項の申請書を市長に提出した者から適用する。
- 4 施行日前に改正前の匝瑳市子ども医療費の助成に関する規則第7条第1項の申請書を市長に提出した者で、当該申請をした日の前日から起算して1月前以内に当該申請に係る子どもが出生又は匝瑳市に転入したものの当該申請は改正後の規則第4条第2項の規定により申請があったものとみなし、同項の規定を適用する。
- 5 附則第2項の規定によりなお従前の例によるとされた通院に係る医療に対する受給者等(受給者及び助成対象者をいう。以下同じ。)からの子ども医療費助成金の交付申請は、改正後の規則第10条第3項、第11条、第17条、第6号様式及び第7号様式の規定により行うこともできる。
- 6 附則第2項の規定にかかわらず、適用日から施行日までの間に受けた通院に係る医療に関し、施行日までに改正前の第10条、第17条、第6号様式及び第7号様式の規定により行われた受給者等からの子ども医療費助成金の交付申請は、施行日以後もなお効力を有する。この場合において、当該交付申請に対する給付決定その他の手続は改正後の規則第11条から第17条まで並びに第8号様式及び第9号様式の規定を適用する。
- 7 施行日の前日までに、改正前の第1号様式、第4号様式、第6号様式及び第7号様式の規定により調製した用紙は、施行日以後においても、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

第1号様式(第7条関係)

子ども医療費助成申請書

年 月 日

匝瑳市長 あて

下記のとおり、子ども医療費の助成を受けたいので、匝瑳市子ども医療費の助成に関する規則第7条第1項の規定により申請します。

記

|                                                                                                                                         |               |       |     |  |   |     |      |       |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|-----|--|---|-----|------|-------|--|--|--|--|
| 保護者                                                                                                                                     | 住 所           |       |     |  |   |     |      |       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                         | フリガナ氏名        | ㊟     |     |  |   |     | 電 話  |       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 個 人 番 号       |       |     |  |   |     |      |       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                         | フリガナ氏名        | ㊟     |     |  |   |     | 電 話  |       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 個 人 番 号       |       |     |  |   |     |      |       |  |  |  |  |
| 子ども                                                                                                                                     | 住 所           |       |     |  |   | 性別  | 生年月日 | 年 月 日 |  |  |  |  |
|                                                                                                                                         | フリガナ氏名        |       |     |  |   |     |      |       |  |  |  |  |
| 世帯構成                                                                                                                                    |               | 氏 名   | 続 柄 |  |   | 氏 名 | 続 柄  |       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 1             |       |     |  | 5 |     |      |       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 2             |       |     |  | 6 |     |      |       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 3             |       |     |  | 7 |     |      |       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 4             |       |     |  | 8 |     |      |       |  |  |  |  |
| 加入医療保険                                                                                                                                  | 保 険 者 名       |       |     |  |   |     |      |       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 保 険 者 番 号     |       |     |  |   |     |      |       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 被 保 険 者 名     |       |     |  |   |     |      |       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 記 号 番 号       | 記 号   |     |  |   |     | 番 号  |       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                         | 資 格 取 得 年 月 日 | 年 月 日 |     |  |   |     |      |       |  |  |  |  |
| <p>市民税確認承諾書</p> <p>助成金の算定に必要な期間、私の市民税額を確認することを承諾します。</p> <p>氏名 ㊟</p> <p>氏名 ㊟</p> <p>※ 子ども医療費県補助金申請又は高額療養費の自己負担限度額が、市民税額によって異なるためです。</p> |               |       |     |  |   |     |      |       |  |  |  |  |

高額医療費について市が過払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、過払相当額を市へ支払います。

また、市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市が私に代わって保険者に請求し、高額療養費を相殺することを委任します。

なお、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、当該相当額を市へ支払います。

氏名 ㊟

第2号様式(第8条関係)

様

第 号  
年 月 日

匝瑳市長



### 子ども医療費助成申請却下通知書

年 月 日付けをもって申請のあった子ども医療費助成申請については、下記の理由により却下しますので、匝瑳市子ども医療費の助成に関する規則第8条第1項の規定により通知します。

#### 記

#### 却下理由

##### (教示)

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に匝瑳市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6箇月以内に限り、匝瑳市を被告として(訴訟において市を代表する者は匝瑳市長となります。)提起することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。 )。

また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6箇月以内であれば、提起することができます(なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6箇月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。 )。

第3号様式(第9条関係)

(表)

| 子ども医療費助成受給券                                                                                                                                                                          |      |         |  |  |  |  |       |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|--|--|--|--|-------|--|--|
| 公費負担者番号                                                                                                                                                                              |      |         |  |  |  |  |       |  |  |
| 受給者番号                                                                                                                                                                                |      |         |  |  |  |  |       |  |  |
| 子<br>ど<br>も                                                                                                                                                                          | 住 所  |         |  |  |  |  |       |  |  |
|                                                                                                                                                                                      | フリガナ |         |  |  |  |  |       |  |  |
|                                                                                                                                                                                      | 氏 名  |         |  |  |  |  |       |  |  |
|                                                                                                                                                                                      | 生年月日 | 年 月 日   |  |  |  |  | 性 別   |  |  |
| 有効期間                                                                                                                                                                                 |      | 年 月 日 ~ |  |  |  |  | 年 月 日 |  |  |
| 自己負担金                                                                                                                                                                                | 通 院  |         |  |  |  |  |       |  |  |
|                                                                                                                                                                                      | 入 院  |         |  |  |  |  |       |  |  |
|                                                                                                                                                                                      | 保険調剤 |         |  |  |  |  |       |  |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>匝瑳市長</span> <span></span> </div> |      |         |  |  |  |  |       |  |  |

(裏)

| 注意事項 |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | 受診の際は、この受給券及び被保険者証を医療機関(保険調剤薬局、接骨院等を含む。)に必ず提示してください。                                                                                                                                                                                                                                |
| 2    | 医療機関でこの受給券を提示しなかった場合、県外の医療機関やこの制度による診療を行っていない医療機関で受診した場合は、保険の自己負担分及び入院時の食事療養費に係る負担金を一旦支払い、その後に市窓口で償還の申請をしてください。                                                                                                                                                                     |
| 3    | 県外の国保組合に加入している方で、1箇月に自己負担額が{80,100円+(総医療費-267,000円)×1%}を超える場合は、超えた額については医療機関の窓口で支払ってください。<br>窓口で支払った分については、後日、保険者に償還の申請を行ってください。                                                                                                                                                    |
| 4    | 未熟児養育医療、育成医療、小児慢性特定疾病医療支援事業に係る医療等の公費医療制度が適用される場合は、それらの公費医療が優先適用されます。                                                                                                                                                                                                                |
| 5    | 学校管理下での負傷、疾病その他の独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる場合は、この受給券を使用することができません。                                                                                                                                                                                                              |
| 6    | 次のような変更があった場合は、速やかに市に届け出てください。<br>(1) 匝瑳市の区域外へ転出するとき。(受給券を添付)→転出後は、この券は使えません。転出先の市区町村で制度の詳細についてお問合せください。<br>(2) 加入している健康保険が変更したとき。(受給券と新しい保険証を添付)<br>(3) 住所を変更したとき。(受給券と住民票添付)<br>(4) 氏名を変更したとき。(受給券と戸籍抄本を添付)<br>(5) 生活保護を受けるようになったとき。<br>(6) その他資格事項に変更が生じたとき。(受給券と変更事項を証明する書類を添付) |
| 7    | 有効期間が過ぎた場合は、この受給券を返却してください。                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 8    | 受給資格が無い方が本制度による医療費助成を受けた場合又は市による過払が生じた場合には、後日、市から返還請求をさせていただきます。                                                                                                                                                                                                                    |
| 9    | お問合せ先<br>匝瑳市健康管理課 電話                                                                                                                                                                                                                                                                |

第4号様式(第9条関係)

子ども医療費受給資格登録変更(喪失)届

匝瑳市長 あて

年 月 日

届出者(保護者)  
住所  
氏名 (子どもとの続柄)  
電話

下記のとおり子ども医療費助成受給登録の内容に変更等がありましたので、匝瑳市子ども医療費の助成に関する規則第9条第2項の規定により届出します。

記

|               |           |                                |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
|---------------|-----------|--------------------------------|-------|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|
| 子ども氏名         |           | 受給者番号                          |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
| 子 ども          | 住 所       | 新                              |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
|               |           | 旧                              |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
|               | 氏 名       | 新                              |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
|               |           | 旧                              |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
| 個人番号          |           |                                |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
| 保 護 者         | 住 所       | 新                              |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
|               |           | 旧                              |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
|               | 氏 名       | 新                              |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
|               |           | 旧                              |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
| 個人番号          |           |                                |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
| 加入医療保険        | 保 険 者 名   |                                |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
|               | 保 険 者 番 号 |                                |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
|               | 被 保 険 者 名 |                                |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
|               | 記 号 番 号   | 記 号                            |       |  |  |  | 番 号 |  |  |  |  |  |
|               | 資格取得年月日   |                                | 年 月 日 |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
| 受給者資格喪失理由     |           | 1 転出(転出先 )<br>2 死亡<br>3 その他( ) |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
| 変 更 等 の 年 月 日 |           | 年 月 日                          |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |

|                                                 |  |
|-------------------------------------------------|--|
| 市民税確認承諾書                                        |  |
| 助成金の算定に必要な期間、私の市民税額を確認することを承諾します。               |  |
| 氏名 (印)                                          |  |
| ※ 子ども医療費県補助金申請又は高額療養費の自己負担限度額が、市民税額によって異なるためです。 |  |

備考  
1 変更等があった事項のみ記入してください。  
2 保護者の項の個人番号の目及び市民税確認承諾書の欄は、保護者が新たに加わった場合にのみ記入してください(保護者の住所又は氏名の変更の場合は記入不要です。)



第5号様式(第9条関係)

子ども医療費助成受給券再交付申請書

年 月 日

匝瑳市長 あて

申請者(保護者)  
住 所  
氏 名 ㊟  
(子どもとの続柄 )  
電 話

下記のとおり子ども医療費助成受給券の再交付を匝瑳市子ども医療費の助成に関する規則第9条第4項の規定により申請します。

記

|                   |                                                 |       |  |    |          |       |  |
|-------------------|-------------------------------------------------|-------|--|----|----------|-------|--|
| 受給者番号             |                                                 |       |  |    |          |       |  |
| 子ども               | 住 所                                             |       |  | 性別 | 生年<br>月日 | 年 月 日 |  |
|                   | フリガナ<br>氏 名                                     |       |  |    |          |       |  |
| 加入<br>医療<br>保険    | 保 険 者 名                                         |       |  |    |          |       |  |
|                   | 保 険 者 番 号                                       |       |  |    |          |       |  |
|                   | 被 保 険 者 名                                       |       |  |    |          |       |  |
|                   | 記 号 番 号                                         | 記 号   |  |    | 番 号      |       |  |
|                   | 資格取得年月日                                         | 年 月 日 |  |    |          |       |  |
| 再 交<br>付 の<br>理 由 | 該当する項目に○をしてください。<br>1 紛失<br>2 汚損・き損<br>3 その他( ) |       |  |    |          |       |  |
| 備 考               |                                                 |       |  |    |          |       |  |

第6号様式(第10条関係)

子ども医療費助成金交付申請書

年 月 日

匝瑳市長 あて

申請者(保護者)

住 所

氏 名 ㊦

(子どもとの続柄 )

電 話

下記のとおり子ども医療費の助成を受けたいので、匝瑳市子ども医療費の助成に関する規則第10条第3項の規定により申請します。

記

|                   |                      |     |                                                                                                        |  |     |      |  |
|-------------------|----------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|------|--|
| 子ども氏名             |                      |     |                                                                                                        |  |     |      |  |
| 受給者番号             |                      |     |                                                                                                        |  |     |      |  |
| 加 入<br>医 療<br>保 険 | 保 険 者 名              |     |                                                                                                        |  |     |      |  |
|                   | 記 号 番 号              |     | 記号                                                                                                     |  |     | 番号   |  |
|                   | 付 加 給 付              |     | 無・有<br><br>自己負担限度額 円 円未満切り捨て                                                                           |  |     |      |  |
| 他 制 度 の 適 用       |                      | 有・無 | ※「有」の場合は、次のいずれかに○を付けてください。<br>1 重度心身障害者医療費<br>2 ひとり親家庭等医療費<br>3 その他( )<br>※学校等の災害共済給付を受けられる場合は助成対象外です。 |  |     |      |  |
| 振 込<br>口 座        | 金 融 機 関 名            |     | 銀行・金庫・組合・農協                                                                                            |  |     |      |  |
|                   | 本 支 店 名              |     |                                                                                                        |  | 種 別 | 普通口座 |  |
|                   | 口 座 番 号              |     |                                                                                                        |  |     |      |  |
|                   | フ リ ガ ナ<br>口 座 名 義 人 |     |                                                                                                        |  |     |      |  |

第7号様式(第10条関係)

医療費計算書

年 月 日

匝瑳市長 あて

医療機関 所 在 地  
名 称  
代表者氏名 印

下記のとおり子ども医療費の助成を受けたいので、匝瑳市子ども医療費の助成に関する規則第10条第3項の規定により申請します。

記

|                 |                |                       |                         |                         |                                  |                                  |          |
|-----------------|----------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------|
| 子ども氏名           |                |                       |                         |                         |                                  |                                  |          |
| 受給者番号           |                |                       |                         |                         |                                  |                                  |          |
| 通院日             | 医療費<br>総額<br>① | 社会保<br>険等負<br>担額<br>② | 一部負担<br>金<br>(①－②)<br>③ | 食事療養<br>費標準負<br>担額<br>④ | ③のうち他<br>法公費負担<br>医療による<br>公費負担額 | ④のうち他<br>法公費負担<br>医療による<br>公費負担額 | 食事日<br>数 |
| 日               | 円              | 円                     | 円                       |                         | 円                                |                                  |          |
| 日               |                |                       |                         |                         |                                  |                                  |          |
| 日               |                |                       |                         |                         |                                  |                                  |          |
| 日               |                |                       |                         |                         |                                  |                                  |          |
| 日               |                |                       |                         |                         |                                  |                                  |          |
| 入院期間<br>日～<br>日 | 円              | 円                     | 円                       | 円                       | 円                                | 円                                |          |

印

子ども医療費助成事業医療機関経費請求書  
金 100円

上記のとおり医療機関経費として請求します。

匝瑳市長 あて

医療機関 所 在 地  
名 称  
代表者氏名 印

第8号様式(第11条関係)

第 号  
年 月 日

様

匝瑳市長 印

子ども医療費給付決定通知書

下記のとおり子ども医療費の給付が決定したので、匝瑳市子ども医療費の助成に関する規則第11条の規定により通知します。

なお、給付額が変更決定された場合は、返還していただくことがあります。

記

- 1 支給決定額 円
- 2 支給方法 貴指定口座に振り込みます。
- 3 振込予定日 年 月 日

| 子ども氏名 | 診療年月 | 医療機関名 | 総医療費 | 支給額 |
|-------|------|-------|------|-----|
|       | 年 月  |       | 円    | 円   |
|       | 年 月  |       | 円    | 円   |
|       | 年 月  |       | 円    | 円   |
|       | 年 月  |       | 円    | 円   |
|       | 年 月  |       | 円    | 円   |

総件数： 合計額： 円

第9号様式(第11条関係)

第 号  
年 月 日

様

匝瑳市長

印

#### 子ども医療費給付申請却下通知書

年 月 日付けで申請のあった子ども医療費給付については、下記の理由により却下したので、匝瑳市子ども医療費の助成に関する規則第11条の規定により通知します。

#### 記

#### 却下理由

#### (教示)

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に匝瑳市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6箇月以内に限り、匝瑳市を被告として(訴訟において市を代表する者は匝瑳市長となります。)提起することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。 )。

また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6箇月以内であれば、提起することができます(なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6箇月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。 )。

第 1 号様式（第 7 条関係）

第 2 号様式（第 8 条関係）

第 3 号様式（第 9 条関係）

第 4 号様式（第 9 条関係）

第 5 号様式（第 9 条関係）

第 6 号様式（第 1 0 条関係）

第 7 号様式（第 1 0 条関係）

第 8 号様式（第 1 1 条関係）

第 9 号様式（第 1 1 条関係）