

○福津市乳幼児・子ども医療費の支給に関する条例施行規則

平成18年8月8日

規則第34号

改正 平成18年9月27日規則第42号

平成20年10月1日規則第33号

平成22年12月15日規則第29号

平成25年12月16日規則第27号

(趣旨)

第1条 この規則は、福津市乳幼児・子ども医療費の支給に関する条例(平成17年福津市条例第150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。

(受給資格の認定申請の手続)

第2条 条例第5条の規定により、乳幼児・子ども医療費の受給資格の認定を受けようとする者は、あらかじめ乳幼児・子ども医療費受給資格(認定・更新)申請書兼台帳(様式第1号)に次の各号に掲げる書類を添え、これを市長に提出しなければならない。

- (1) 医療保険各法による被保険者証、組合員証又は加入者証(以下「被保険者証」という。)
- (2) 条例第3条に規定する対象者であることを証する書類
- (3) その他市長が必要と認める書類

2 前項の規定により添付しなければならない書類により証明すべき事実を公募等によって確認することができるときは、当該書類を省略させることができる。

(医療証の交付等)

第3条 条例第6条第1項の規定による乳幼児医療証又は子ども医療証(様式第2号・様式第11号。以下「医療証」という。)の交付は、市長が同条同項の受給資格者に対して医療証の交付の可否を乳幼児又は子どもごとに審査した上、行うものとする。

2 市長は、条例第6条第2項の規定により、医療証を交付しないものと決定したときは、その理由を付して、当該受給資格者に対し通知するものとする。

(医療証の有効期限等)

第4条 医療証の有効期限は、条例第5条の認定を受けた日(以下「認定日」という。)から乳幼児(条例第2条第1号に規定する乳幼児をいう。以下同じ。)が6歳に達する日以後の最初の3月31日まで又は子ども(条例第2条第2項に規定する子どもをいう。以下同じ。)が15歳に達する日以後の最初の3月31日までとする。

2 受給資格者は、医療証の有効期限が過ぎたときは、速やかに当該医療証を市長に返還し

なければならない。

(医療証の再交付)

第5条 受給資格者は、医療証を破り、よごし、又は失ったときは、乳幼児・子ども医療証再交付申請書(様式第3号)を市長に提出し、医療証の再交付を受けることができる。

2 受給資格者は、医療証を破り、又はよごした場合においては、前項の申請書に当該医療証を添えて提出しなければならない。

3 受給資格者は、医療証の再交付を受けた後、失った医療証を発見したときは、速やかにその発見した医療証を市長に返還しなければならない。

(保険医療機関等)

第6条 条例第7条に規定する病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション(以下「保険医療機関等」という。)は、次に掲げるものとする。

(1) 健康保険法(大正11年法律第70号)第63条第3項第1号に規定する保険医療機関、保険薬局及び同法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者が運営する訪問看護ステーション

(2) その他市長の定める病院、診療所又は薬局

(乳幼児・子ども医療費の請求)

第7条 保険医療機関等は、条例第8条第1項の規定により乳幼児・子ども医療費の支払を市長に請求しようとするときは、医療費請求書(様式第4号・様式第5号・様式第6号)を市長に提出しなければならない。

(乳幼児・子ども医療費の支給申請)

第8条 受給資格者は、条例第8条第3項の規定により乳幼児・子ども医療費の支給を受けようとするときは、乳幼児・子ども医療費支給申請書(様式第7号)に必要な証拠書類を添えて、市長に提出しなければならない。

2 市長は、乳幼児又は子どもが福津市国民健康保険の被保険者であって、当該乳幼児又は子どもに係る乳幼児・子ども医療費の額を公簿等によって確認できるときは、前項の証拠書類の提出を省略させることができるものとする。

(乳幼児・子ども医療費に関する決定の通知)

第9条 市長は、前条第1項の規定による申請書が提出された場合において、乳幼児・子ども医療費の支給に関する決定をしたときは、文書をもってその内容を当該受給資格者に通知するものとする。この場合において、乳幼児・子ども医療費の全部又は一部について不支給の決定をしたときは、その理由を付記するものとする。

(届出)

第10条 条例第9条に規定する規則で定める事項は、次のとおりとする。

- (1) 乳幼児又は子どもの住所及び氏名
- (2) 乳幼児又は子どもの世帯主又は被保険者、組合員若しくは加入者(以下「被保険者等」という。)の住所及び氏名
- (3) 受給資格者の住所及び氏名(受給資格者が被保険者等でない場合のみ。)
- (4) 乳幼児又は子どもの死亡
- (5) 乳幼児又は子どもの被保険者等
- (6) 乳幼児又は子どもの被保険者等に係る保険者
- (7) その他市長が必要と認める事項

2 受給資格者は、条例第9条の規定により届出をしようとするときは、乳幼児・子ども医療変更届(様式第8号)に医療証を添えて、市長に提出しなければならない。

3 受給資格者は、条例第3条第2号に規定する対象者でなくなったときは、乳幼児・子ども医療受給資格喪失届(様式第9号)に医療証を添えて、市長に提出しなければならない。

4 受給資格者は、乳幼児・子ども医療費の支給事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、その旨を直ちに第三者の行為による被害届(様式第10号)により市長に届け出なければならない。

(雑則)

第11条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、平成17年4月1日から適用する。

附 則(平成18年9月27日規則第42号)

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

ただし、様式第2号(裏)3の「往診料の一部」の次に「(3歳に達する日の属する月の末日までにあるものを除く。)」を加える改正規定は、平成19年1月1日から施行する。

附 則(平成20年10月1日規則第33号)

1 この規則は、平成20年10月1日(以下「施行日」という。)から施行する。

2 市長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても改正後の福津市乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、福津市乳幼児医療費の支給に関する条例の一部を改正する条例(平成20年福津市条例第21号)による受給資格の認定及び受給資格者に対する乳幼児医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則(平成22年12月15日規則第29号)

- 1 この規則は、平成23年4月1日(以下「施行日」という。)から施行する。
- 2 前項の規定にかかわらず、施行日前においても改正後の福津市乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、受給資格の認定及び受給資格者に対する乳幼児医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則(平成25年12月16日規則第27号)

- 1 この規則は、平成26年1月1日(以下「施行日」という。)から施行する。
- 2 前項の規定にかかわらず、施行日前においても改正後の福津市乳幼児・子ども医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、受給資格の認定及び受給資格者に対する医療証の交付の手続きをすることができる。

乳幼児・子ども医療費受給資格(認定・更新)申請書兼台帳

平成 年 月 日

医療証番号		資格認定年月日		平成 年 月 日		1歳以上	
申請事由							
受給者	フリガナ 氏名	平成 年 月 日生		性			
保護者	フリガナ 氏名	受給者との続き柄()		性			
生計維持者	フリガナ 氏名	受給者との続き柄()		性			
医療保険	保険種別	被保険者証の氏名、記号・番号		氏名	記号	番号	
	保険者名	保険者番号		所在地	福岡市博多区上呉服町10-1		付加給付の有無
所得の状況	平成 年分 所得額	所得区分	ア 被用者又は公務員 イ 被用者等でない者	扶養親族等及び兄弟の数 (うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数)	人	児童手当の受給の有無	有・無
<p>上記のとおり、乳幼児・子ども医療費受給資格の(認定・更新)を申請します。 なお、乳幼児・子ども医療証交付及び更新のために必要があるときは、私ならびに私と同じの生計を維持する者の所得の状況につき、貴市長が現務関係当局に報告を求めるところに同意します。(越市町村に対する所得概念も含む) 福岡市国民健康保険高額療養費に該当する場合は、その請求・受領を福岡市長に委託します。 申請者 住所 氏名 印 ()</p>							

様式第2号(第3条関係)

(表面)

乳		福岡県・福津市乳幼児医療 医 療 証						
有効期間								
負担者番号	8	1	4	0	0	2	3	6
受給者番号								
受給者	住所							
	氏名							
	生年月日							
一部自己負担金								
発行機関名及び印	福岡県 福津市長 印							
交付年月日								

*この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

(裏面)

注 意 事 項
1. この証は、市の条例により乳幼児医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。
2. 乳幼児が保険医療機関等において診療を受ける場合は、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. 乳幼児が市の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときは、この証を使用することができませんので、速やかに市長に返してください。
4. 乳幼児やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに市長にその旨を届け出てください。
5. 乳幼児が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに市長にその旨を届け出てください。
6. この証では、交通費、容器代、入院料の差額、入院時の食事療養標準負担額の経費は、公費負担されません。
7. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。 (後日、市に払い戻しの申請を行ってください。)

様式第3号(第5条関係)

乳幼児・子ども医療証再交付申請書

平成 年 月 日

福津市長 様

届出人 住所

氏名 印

TEL

下記の理由により、受給者証の再交付を申請します。

記

受給者証番号		
受給者	氏名	
	生年月日	

申請理由	
理由に○をつけてください。 1 なくした 2 やぶれた 3 よごれた 4 その他	
再交付申請日	

1	3	8
医科	畜科	医保

平成 年 月分 乳障視医療費請求書

4	0				
---	---	--	--	--	--

殿

医療機関
コード

下記のとおり請求する。
平成 年 月 日

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

⑤

⑤	乳 幼 児	保険給付 割合別		件数	診 療 実日数	総 点 数	乳・障・視 <small>(医療費給付外の場合)</small>	一部負担金	備 考
		請求	*決定						
	7割	請求							
		*決定							
	8割	請求							
		*決定							
	割	請求							
		*決定							

⑥	障 害 者	保険給付 割合別		件数	診 療 実日数	総 点 数	乳・障・視 <small>(医療費給付外の場合)</small>	一部負担金	備 考
		請求	*決定						
	7割	請求							
		*決定							
	8割	請求							
		*決定							
	割	請求							
		*決定							

⑨	ひ と り 親	保険給付 割合別		件数	診 療 実日数	総 点 数	乳・障・視 <small>(医療費給付外の場合)</small>	一部負担金	備 考
		請求	*決定						
	7割	請求							
		*決定							
	8割	請求							
		*決定							
	割	請求							
		*決定							

(注) 捺印の欄は記入しないでください。

実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

4	8
調	保

平成 年 月分 乳障視医療費請求書

4 0

殿

基 局
コ ー ド

下記のとおり請求する。
平成 年 月 日

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

㊟

	保険給付割合別		件数	地方せんの枚数	総点数	一部負担金	備考
	請求	*決定					
㊟ 乳幼児	7割	請求					
		*決定					
	8割	請求					
		*決定					
	割	請求					
		*決定					
	保険給付割合別		件数	地方せんの枚数	総点数	一部負担金	備考
	請求	*決定					
㊟ 障害者	7割	請求					
		*決定					
	8割	請求					
		*決定					
	割	請求					
		*決定					
	保険給付割合別		件数	地方せんの枚数	総点数	一部負担金	備考
	請求	*決定					
㊟ ひとり親	7割	請求					
		*決定					
	8割	請求					
		*決定					
	割	請求					
		*決定					

(注) 捺印の欄は記入しないでください。

実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

9	8
訪	保

平成 年 月分 乳障視訪問看護療養費請求書

4	0				
---	---	--	--	--	--

殿

訪問看護
ステーションロード

下記のとおり請求する。
平成 年 月 日

訪問看護ステーションの
所在地及び名称
開設者氏名

⑤

⑤	乳 幼 児	保険給付 割合別		件数	実日数	総金額	注・国・自治体等 療養費以外の額	※金額	備考
		請求	*決定						
	7割	請求							
		*決定							
	8割	請求							
		*決定							
	割	請求							
		*決定							

⑥	障 害 者	保険給付 割合別		件数	実日数	総金額	注・国・自治体等 療養費以外の額	※金額	備考
		請求	*決定						
	7割	請求							
		*決定							
	8割	請求							
		*決定							
	割	請求							
		*決定							

⑦	ひ と り 親	保険給付 割合別		件数	実日数	総金額	注・国・自治体等 療養費以外の額	※金額	備考
		請求	*決定						
	7割	請求							
		*決定							
	8割	請求							
		*決定							
	割	請求							
		*決定							

(注) 捺印の欄は記入しないでください。

実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

様式第7号(第8条関係)

乳幼児・子ども医療費支給申請書

平成 年 月 日

福津市長 様

届出人 住所

氏名 印

TEL

下記のとおり、乳幼児・子ども医療助成の支給を申請します。

記

受給者証番号							
受給者	氏名						
	生年月日						
加入保険	被保険者記号番号						
	保険種別						
	保険者名称						
診療年月		入院外来区分					
医療機関名称							
医療機関所在地							
申請理由		1 県外の医療機関等で受診 2 医療証交付前の受診 3 その他()					
診療科目		医科・歯科・調剤・柔整・看護・その他					
総医療費		円					
申請額		円					
口座情報	銀行名	銀行・農協・信用金庫					
	支店名	本店・支店・出張所					
	口座番号	普通・当座					
	口座名義人(カタカナ)						

様式第8号(第10条関係)

乳幼児・子ども医療変更届

平成 年 月 日

福津市長 様

届出人

住所

氏名

印

TEL

下記のとおり、受給者の記載事項に変更がありましたので届け出ます。

記

受給者証番号		
受給者	氏名	
	生年月日	

変更事項	変更前	変更後
1 氏名(乳幼児または保護者)		
2 住所(乳幼児または保護者)		
3 加入保険関係		
(1) 被保険者氏名		
(2) 保険者名称		
(3) 記号番号		
(4) 附加給付有無		
(5) その他		
記載事項変更日		

様式第9号(第10条関係)

乳幼児・子ども医療受給資格喪失届

平成 年 月 日

福津市長 様

届出人

住所

氏名

印

TEL

下記の理由により、乳幼児・子ども医療助成制度の受給資格を喪失しましたので届け出ます。

記

受給者証番号		
受給者	氏名	
	生年月日	

資格喪失理由	
理由に○をつけてください。	
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	
資格喪失日	

第三者の行為による被害届

年 月 日

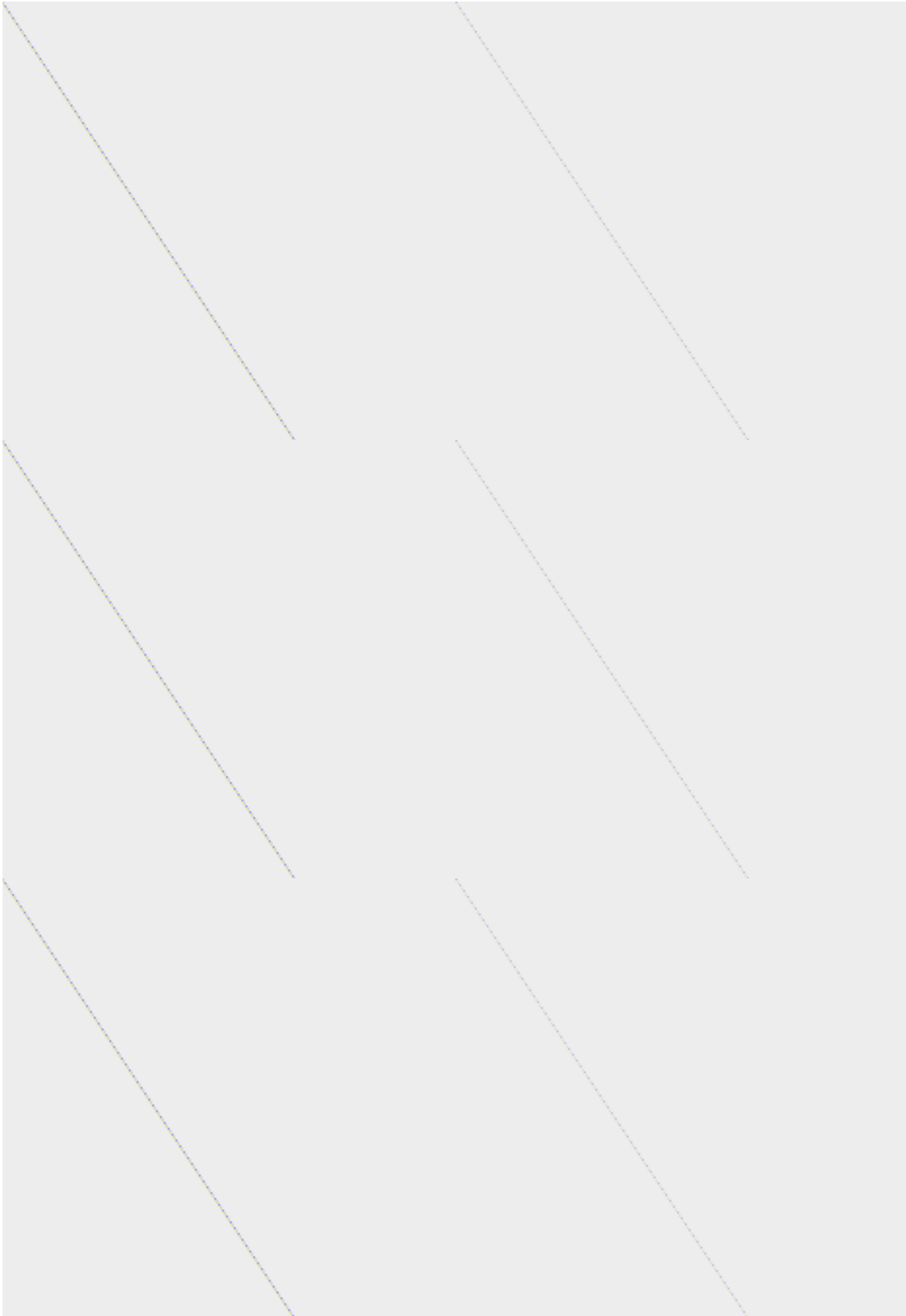
福津市長 様

届出人 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

次のとおり届けます。

被害者	受給者番号			受給資格者名(被害者名)		
加害者	住所			氏名		職業
加害者の使用者	住所			氏名		職業
負傷の日時及び場所	年 月 日		午前・午後	時 分頃	場所	
発病の原因又は負傷時の状況						
疾病又は負傷の程度				治ゆまでの見込	入院 通院 診療費総額	円 円 円
診療を受けた医師名	当初	住所	氏名			
	転医後	住所	氏名			
自動車事故の場合	自動車番号			自動車所有者住所・氏名		
	自動車損害賠償責任保険契約社			所在地		
損害賠償に関する交渉の経過						



(表面)

(子) 福津市子ども医療証	
有効期間	
負担者番号	8 1 4 0 0 2 3 6
受給者番号	
受給者	住所
	氏名
	生年月日
一部自己負担金	入院 1日当たり500円(月7日限度) 入院外 1月当たり600円を限度 <small>(※上記金額は医療機関(薬局を除く)ごとに負担してください)</small>
発行機関名及び印	福岡県 福津市長 印
交付年月日	

*この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

(裏面)

注 意 事 項
1. この証は、福津市の条例により子ども医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。
2. 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、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. 受給者が市の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときは、この証を使用することができませんので、速やかに市長に返してください。
4. 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を除いて、速やかに市長にその旨を届け出てください。
5. 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに市長にその旨を届け出てください。
6. 保険が適用されないもの(文書料、差額送料、交通費、容器代、喪事療養標準負担額など)については公費負担の対象とはなりません。
7. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますのでご了承ください。 (後日、市に払い戻しの申請を行ってください。)

様式第1号(第2条関係)

様式第2号(第3条関係)

様式第3号(第5条関係)

様式第4号(第7条関係)

様式第5号(第7条関係)

様式第6号(第7条関係)

様式第7号(第8条関係)

様式第8号(第10条関係)

様式第9号(第10条関係)

様式第10号(第10条関係)

様式第11号(第3条関係)