

○西原村子ども医療費助成に関する条例施行規則

平成5年12月22日

規則第16号

改正 平成19年3月19日規則第4号

平成20年3月28日規則第2号

平成22年3月31日規則第5号

平成27年12月28日規則第12号

(認定申請及び給付資格付与)

第1条 西原村子ども医療費助成に関する条例(平成4年6月24日西原村条例第16号。以下「条例」という。)第5条の規定により受給者の資格を受けようとする者は、子ども医療費受給者証交付申請書(様式第1号)を村長に提出しなければならない。

2 受給資格は、村長の認定した日から取得するものとする。

(登録及び受給者証)

第2条 村長は、第1条の規定による受給者の認定をしたときは、子ども医療給付台帳(様式第2号)に登録を行い、条例第5条第2項の規定に基づく子ども医療費受給者証(様式第3号)を交付するものとする。

(支給の申請)

第3条 条例第6条の規定による支給を受けようとするときは、子ども医療給付金請求書(様式第4号)を村長に提出しなければならない。

2 前項の申請は、原則として各診療月を単位として行うものとする。ただし、一診療月に係る申請額が千円未満のものは、数箇月分まとめて申請することができるものとする。

3 第1項の申請は、受給資格者が医療の給付を受けた月の属する月の翌月から起算して6箇月を経過した月の翌月以後においてはすることができない。

(支給額の決定)

第4条 村長は、前条の規定による申請があったときは、審査のうえ支給額を決

定し、子ども医療費給付金交付書(様式第5号)により当該申請者に通知するものとする。

(届出の義務)

第5条 受給者は、条例第7条の規定によりその資格を喪失したときは、すみやかに、子ども医療費受給者証を村長に返却しなければならない。

2 受給者は次の各号のいずれかに該当するに至ったときは、子ども医療費受給資格変更届(様式第6号)を村長に提出しなければならない。

- (1) 加入している社会保険に変更があったとき。
- (2) 支給対象の住所に変更があったとき。
- (3) 受給者に変更があったとき。
- (4) その他届出事項に変更があったとき。

(受給者証の再交付申請書)

第6条 受給者証を破損し、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、子ども医療費受給者証再交付申請書(様式第7号)を村長に提出しなければならない。

(雑則)

第7条 その規則の施行に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成19年規則第4号)

この規則は、平成19年4月1日から施行する。

附 則(平成20年規則第2号)

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則(平成22年規則第5号)

この規則は、平成22年4月1日から施行する。

附 則(平成27年規則第12号)

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

様式第1号

子ども医療受給者証交付申請書			
			年      月      日
熊本県阿蘇郡西原村長      様			
申請者		住    所 電話番号 氏    名	印
受給者証番号			
子 ど も	ふりがな	性別	生年月日
	氏名	男 ・ 女	年      月      日
加 入 保 険	記号番号	保険者名	所在地
			附加給付の給付基準
主とした生計を維持する親権者（続柄                      ）			
ふりがな		生年月日	年      月      日
氏    名		個人番号	
職    業		勤務先	

\*振込み払いにしますので、金融機関・口座番号等の記入をお願いします。

金 融 機 関 名		口 座 番 号	口 座 名 義
銀行 農協	店 支店	普通No.	

様式第2号

子ども医療給付台帳


受給者証 記号番号	
--------------	--

受給対象者	氏名		男・女
	生年月日	年 月 日生	
	住所		

受給者	氏名		保 険 者	保険者名 電話番号		
	職業			住所		
	住所			負担率		
	被保険者証 記号番号			附加給付 の有無	有・無	(内容)
	受給資格付与の日					
受給資格喪失の日						

診療 月	保険医療 機関名	医療費 総額	他法によ る公費負 担額	一部 負担金 の額	附加 給付額	支給 決定額	支給 年月日	入院 入院外 歯科別 の別

様式第3号

西原村子ども医療費受給者証	
公費負担者番号	
公費受給者番号	
受給者	住所
	氏名
助成対象者	住所
	氏名
	生年月日
有効期間	年 月 日から
	年 月 日まで
(注) 県内医療機関等での外来診療のみ使用できます。	
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">熊本県阿蘇郡西原村長 </p>	

注 意 事 項
1 この証は、子ども医療費の助成を受けられることを証明する証ですから、大切に保管してください。
2 県内の保険医療機関等で受診する際は、この受給者証と保険証を必ず同時に医療機関に提示してください。
3 次のことが生じた場合は役場まで届けてください。 (1) 住所・氏名を変更したとき。 (2) 加入保険を変更したとき。 (3) その他、届出事項に変更があったとき。
4 助成できないもの (1) 健康保険のきかないもの 例：入院したときの室料差額、検診、任意の予防接種など (2) 高額療養費、附加給付金に該当する部分 (3) 入院時の食事療養費
5 助成金の申請は、診療を受けた月の末日から6ヶ月以内に、次のものを持参し請求してください。 ・印かん ・受給者証 ・領収書 ・健康保険証
<p><b>【県内保険医療機関・保険薬局へお願い】</b></p> 西原村においては、医療費の給付、審査及び支払に関する事務は、熊本県国民健康保険団体連合会又は熊本県社会保険診療報酬支払基金に委託しています。 よって、診療報酬明細書に公費負担番号及び受給者番号を付して子ども医療費の請求をしてください。

様式第4号

子ども医療給付請求書

熊本市阿蘇郡西原村長 様		年 月 日			
申請者 住所 電話 氏名 印 個人番号( )					
子ども医療の支給を受けたいので関係書類を添えて申請します。					
支給対象者	受給者証番号	保険者	保険者名		
	氏名		被保険証 記号番号		
	生年月日				
*一部負担金の額	*付加納付額	*その他の控除額	支給決定額	入院・入院外の別	備考
円	円	円	円	入院	
				入院外	
				計	

【医療機関へお願い】

これは熊本県阿蘇郡西原村が、子どもの健康の保持と健全な育児を図る目的に実施する制度で、子どもが治療を受けた場合、その本人負担額を西原村が支払うものです。お手数ですが、下記の欄に記入くださるようお願いいたします。

領 収 書		(注)保険診察の対象額を記入して下さい。			
年 月 分		支給対象者 (患者名)			
区 分	医療費総点数	育成療育等医療費	社会保険負担分	一部負担金の額 (患者負担額)	備考
入院	点	円	円	円	
入院外					
調 剤					
歯 科					
計					
上記のとおり領収しました。					
年 月 日					
保険医療機関 所 在 地 名 称 氏 名 電 話 番 号					印

様式第5号

子 ども 医 療 給 付 金 交 付 書

※金

受診月	医 療 機 関 名	請 求 金 額	決 定 金 額

上記のとおり決定いたしましたので交付いたします。

年 月 日

住 所  
保護者氏名 様

西原村長

様式第6号

子ども医療費受給資格変更届

受給者 証番号		給付 対象者	氏名	
			生年月日	
区分	新		旧	
給付対象者住所				
受給者	氏名			
	個人番号			
	住所			
	職業			
	被保険者証 記号番号			
保 険 者	保険者名			
	住所			
	負担率			
	附加給付	有 無	有 無	
変更の理由				
<p>上記のとおり変更になりましたのでお届けします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">届出人</p> <p style="text-align: right;">住所 氏名 個人番号( 印 )</p> <p>西原村長 様</p>				



様式第7号

年 月 日

西原村長 様

申請者

住 所

氏 名 印

子ども医療費受給者証再交付申請書

このことについて、医療受給者証を破損亡失したので再交付下さるよう申請します。

記

受給者証記号番号

