

岩倉市子ども医療費支給条例施行規則（昭和48年10月29日規則第14号）

最終改正:令和5年3月23日規則第15号

改正内容:令和5年3月23日規則第15号 [令和5年4月1日]

○岩倉市子ども医療費支給条例施行規則

昭和48年10月29日規則第14号

改正

昭和54年12月28日規則第13号
平成4年9月30日規則第14号
平成5年12月22日規則第26号
平成17年3月24日規則第3号
平成19年12月28日規則第26号
平成22年12月28日規則第27号
平成24年3月14日規則第7号
平成27年3月31日規則第16号
令和5年3月23日規則第15号

岩倉市子ども医療費支給条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、岩倉市子ども医療費支給条例(昭和48年岩倉市条例第3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。

(社会保険各法)

第2条 条例第3条の規定による規則で定める法律は、次のとおりとする。

- (1) 健康保険法(大正11年法律第70号)
- (2) 船員保険法(昭和14年法律第73号)
- (3) 国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)
- (4) 地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)
- (5) 私立学校教職員共済法(昭和28年法律第245号)

(受給者証の交付)

第3条 子どもに係る医療費(以下「医療費」という。)の受給資格者は、あらかじめ、子ども医療費受給者証交付申請書(様式第1)を市長に提出し、条例第5条に規定する子ども医療費受給者証(様式第2。以下「受給者証」という。)の交付を受けなければならない。

2 市長は、受給資格者であることを確認するために、前項の申請書に必要な書類を添付させることができる。

3 市長は、第1項の申請があつた場合において、その者が医療費の受給資格者であることを確認したときは、受給者証を交付するものとする。

(受給資格喪失の届出)

第4条 受給者証の交付を受けた者(以下「受給者」という。)は、医療費の受給資格者でなくなったとき(条例第2条第1項第2号の要件を備えなくなった場合を除く。)は、速やかに、子ども医療費受給資格喪失届(様式第3)に受給者証を添付して市長に届け出なければならない。

(受給者証の再交付)

第5条 受給者は、受給者証を破り、汚し、又は失つたときは、子ども医療費受給者証再交付申請書(様式第4)を市長に提出し、受給者証の再交付を受けることができる。

2 受給者証を破り、又は汚した場合における前項の申請書には、その受給者証を添えなければならない。

3 受給者は受給者証の再交付を受けた後、失つた受給者証を発見したときは、速やかにこれを市長に返還しなければならない。

(医療費の請求)

第6条 医療機関等は、条例第7条本文の規定により医療費の支払を受けようとする場合は、市長に請求しなければならない。

(支給の申請)

第7条 医療費の支給を受けることができる者が、条例第7条ただし書の規定により医療費の支給を受けようとするときは、子ども医療費支給申請書(様式第5)を市長に提出しなければならない。

2 前項の申請書には、医療に関する給付が行われたことを証する書類、医療に要した費用に関する証拠書類その他市長が必要と認める書類を添付しなければならない。

(支給額の決定)

第8条 市長は、前条第1項の規定による申請があつたときは、支給額を決定し、当該申請者に通知しなければならない。

(届出)

第9条 受給者は、次に掲げる事由が生じたときは、条例第8条の規定により受給者証を添えて、子ども医療費受給資格変更届(様式第6)を市長に提出しなければならない。

- (1) 受給者又は子どもの氏名又は住所に変更があつたとき。
- (2) 条例第4条第1項に規定する医療の給付を行う社会保険各法の保険者若しくは共済組合に変更を生じたとき、当該保険者若しくは共済組合の名称若しくは住所に変更を生じたとき、当該医療の給付の内容に変更を生じたとき、又は被保険者証若しくは組合員証の記号番号に変更を生じたとき。

(第三者行為による傷病届)

第10条 子ども医療費の支給理由が第三者の行為によって生じたものであるときは、子ども医療費の支給を受け、又は受けようとする者は、速やかに、第三者行為による傷病届(様式第7)により市長に届け出なければならない。

(子ども医療に関する処分通知)

第11条 市長は、医療費の支給に関する処分をしたときは、文書をもつてその内容を申請者に通知しなければならない。この場合において医療費の全部又は一部につき不支給の処分をしたときは、その理由を付記しなければならない。

(雑則)

第12条 この規則に定めるもののほか、医療費の支給に関し必要な事項は、市長が定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、昭和48年4月1日から適用する。

附 則(昭和54年規則第13号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成4年規則第14号)

この規則は、平成4年10月1日から施行する。

附 則(平成5年規則第26号)

(施行期日)

1 この規則は、平成6年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際、現に交付されている乳児医療費受給者証は、改正後の規則の規定による受給者証とみなす。

附 則(平成17年規則第3号)

この規則は、平成17年4月1日から施行する。

附 則(平成19年規則第26号)

(施行期日)

1 この規則は、平成20年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際、現に改正前の岩倉市乳幼児医療費助成条例施行規則の規定に基づいて作成されている諸様式は、改正後の岩倉市子ども医療費助成条例施行規則の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。
附 則（平成22年12月28日規則第27号）
この規則は、平成23年4月1日から施行する。
附 則（平成24年3月14日規則第7号）
（施行期日）
- 1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、第3条の改正規定は、平成24年4月1日から施行する。
（経過措置）
- 2 この規則の施行の際、現に改正前の岩倉市子ども医療費助成条例施行規則の規定に基づいて使用されている様式は、改正後の岩倉市子ども医療費助成条例施行規則の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。
附 則（平成27年3月31日規則第16号）
この規則は、平成27年4月1日から施行する。
附 則（令和5年3月23日規則第15号）
（施行期日）
- 1 この規則は、令和5年4月1日から施行する。
（経過措置）
- 2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の岩倉市子ども医療費支給条例施行規則の規定に基づいて使用されている様式は、この規則による改正後の岩倉市子ども医療費支給条例施行規則の規定にかかわらず、当分の間、使用することができる。

様式第1（第3条関係）

子ども医療費受給者証交付申請書					
年 月 日					
岩 倉 市 長 殿					
申請者 住 所					
氏 名 電話番号					
対 象 者	住 所				
	フリガナ				
	氏 名			子どもとの 続柄	
	職 業				
子 ど も	住 所				
	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名				
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名		続柄		住所
	被保険者証 の記号番号			附加給付 等の有無	有・無
	被保険者証 発行機関名	<保険者番号 >		所在地	
交 付 事 由	1 出 生 2 転 入 3 その他() (交付事由発生年月日 年 月 日)			受給者番号	
備 考					

様式第2（第3条関係）

愛知県内のみ有効		
① 子ども医療費受給者証		
受給者番号		
受給者	住所	愛知県岩倉市
	氏名	
子ども	氏名	
	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	愛知県 岩倉市長	
交付年月日	年 月 日	

この証は、被保険者証(又は組合員証)に添えて医療機関の窓口へ提出してください。

注 意 事 項

- 1 この証は、本人以外は使用できません。
- 2 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 受給者の資格がなくなつたときは、速やかに、この証を市長に返してください。
- 4 氏名又は居住地に変更があつたときは、14日以内に、この証を添えて、市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つたときは、14日以内に、市長にその旨を届け出てください。
- 6 この証を破つたり、汚したり、又は失つたりしたときは、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から、速やかに、市長に返してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

様式第3（第4条関係）

子ども医療費受給資格喪失届			年 月 日
岩 倉 市 長 殿			
申請者 住 所			
氏 名			
電話番号			
次のとおり、届けます。			
受給者	住 所		事 由 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他市町村へ 転出 <input type="checkbox"/> 医療保険加入 者資格の喪失 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生 年月日 ()
	フリガナ		
氏 名			
加入 医療 保険	被 保 険 者	氏 名	
		住 所	
		被保険者証の 記 号 番 号	
		被 保 険 者 証 発 行 機 関 名 <保険者番号 >	
		所 在 地	
		給 付 の 内 容 (附加給付等)	
その他 ()			
備 考		証回収・未回収	

※該当する□の中にレ印を記入してください。

様式第4（第5条関係）

子ども医療費受給者証再交付申請書	
年 月 日	
岩倉市長 殿	
住 所	
申請者	
氏 名	
電話番号	
次のとおり子ども医療費受給者証の再交付を申請します。	
受給者番号	
受給者	住 所
	フリガナ
	氏 名
生 年 月 日	
子ども	住 所
	フリガナ
	氏 名
生 年 月 日	
申請理由	
※再交付年月日	年 月 日

※の欄は記入しないでください。

様式第5（第7条関係）

子ども医療費支給申請書					
					年 月 日
岩 倉 市 長 殿					
申請者 住 所 氏 名 電話番号					
受 給 者 番 号	氏 名			生 年 月 日	
区 分	入院 ・ 入院外	傷 病 名			
療 養 期 間	年 月 日から		年 月 日まで		
医 療 機 関	(所在地)				
	(名 称)				
被 保 険 者 証 の 記 号 番 号					
被 保 険 者 証 発 行 機 関 名					
金 融 機 関 名	支店番号	支店名	口座種別・番号	口 座 名 義 人(カナ)	
医療費総額	他法負担額	自己(一部) 負担割合	自己(一部) 負担額	附加等	支給決定額
円	円		円	円	円

様式第6（第9条関係）

区 分		変 更 後	変 更 前	事 由
受給者	住 所			変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生 年月日 ()
	フリガナ			
氏 名				
加入医療保険	被保険者	氏 名		
		住 所		
	被保険者証の記号番号			
	被保険者証発行機関名	<保険者番号 >		
	所在地			
	給付の内容(附加給付等)			
その他()				
備 考				証回収・未回収

※該当する□の中にレ印を記入してください。

様式第7（第10条関係）

第三者行為による傷病届

項 目		内 容		
（被 保 険 者 名 等）	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号	保険者名	
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏 名 〒 生年月日 年 月 日	電話番号 ()
		住所 / 電話		
（受 診 害 者）	受給者番号			
	氏名 / 続柄 / 生年月日	届出者の情報と同じ場合はチェック □	ふりがな 氏 名 〒 届出者との関係 生年月日 年 月 日	
	住所 / 電話		電話番号 ()	
（第 三 害 者）	氏 名	ふりがな 氏 名 〒	電話番号 ()	
	住所 / 電話			
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	年 月 日	午前 / 午後 時 分頃	
	事故発生場所			
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)		□
（自 賠 責 保 険）	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名	ふりがな 氏 名	
	登録番号 / 車台番号	登録番号	車台番号	
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号 第 号	
任 意 保 険 （ 加 害 者）	保険会社名 / 担当部署	保険会社名	担当部署	
	取扱店所在地 / 電話	〒	電話番号 ()	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏 名	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏 名		
	住所	〒		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号 第 号	
	任意対人一括の有無	有 / 無		
被 害 者 加 入 の 保 険 会 社 の 関 与	関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入 有 □ 無 □	保険会社名	担当部署	
		担当者氏名	電話番号 ()	
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※治療終了日（見込）については可能な範囲でご記入ください。	① 診療機関名	入 院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日	
		〒	電話番号 ()	
		② 診療機関名	入 院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日	
		〒	電話番号 ()	
		③ 診療機関名	入 院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日	
		〒	電話番号 ()	
傷 病 届 作 成 日 / 作 成 支 援 の 有 無	年 月 日	本届出書を損害保険会社等（業務委託先を含む）の支援を受けて作成した場合はチェック □		