

注 平成24年3月から改正経過を注記した。

長久手町乳児医療費支給条例施行規則(昭和48年長久手町規則第7号)の全部を改正する。

(趣旨)

第1条 この規則は、長久手市子ども医療費支給条例(昭和48年長久手町条例第9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。

(保護者)

第2条 条例第2条第2項に規定する規則で定めるものは、子どもの生計を維持する程度の高いものとする。
(令3規則12・追加)

(社会保険各法)

第3条 条例第3条の規定による規則で定める法令は、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)

(令3規則12・旧第2条繰下)

第4条 削除

(令4規則40)

(受給者証の交付申請)

第5条 条例第5条に規定する子ども医療費受給者証(様式第1号。以下「受給者証」という。)の交付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2号)に受給資格者であることを証する書類を添えて市長に提出するものとする。

2 市長は、前項に規定する申請があった場合において、その者が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。

(令3規則12・旧第3条繰下)

(受給者証の再交付申請)

第6条 受給者は、受給者証を紛失し、破損し、又は汚損したときは、子ども医療費受給者証再交付申請書(様式第3号)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 受給者証を破損し、又は汚損した場合の前項に規定する申請には、受給者証を添えるものとする。

3 受給者は、受給者証の再交付を受けた後、紛失し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。

(令3規則12・旧第4条繰下)

(医療費支給申請)

第7条 条例第4条第1項に規定する医療費の支給を受けようとする者は、子ども医療費支給申請書(様式第4号)を市長に提出しなければならない。

2 前項の申請書には、当該医療費について条例第4条第1項に規定する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た書類を添えなければならない。

(令3規則12・旧第5条繰下)

(医療費の請求)

第8条 条例第7条第1項の規定により市長から支払を受ける医療機関等は、子ども医療費請求書を市長に提出するものとする。

2 前項に規定する請求があったときは、前条に規定する申請があったものとみなす。

(令3規則12・旧第6条繰下)

(届出事項)

第9条 条例第8条第1項の規定による規則で定める事項は、次のとおりとする。

- (1) 受給者又は子どもの氏名
- (2) 受給者又は子どもの住所
- (3) 条例第4条第1項において医療に関する給付を行う保険者、共済組合若しくは日本私立学校振興・共済事業団(以下「保険者等」という。)、又は当該保険者等の名称、事業所の所在地若しくは給付の内容
- (4) 国民健康保険法(昭和33年法律第192号)による被保険者である子どもにあっては、その者の属する世帯の回法に規定する世帯主若しくは組合員又は当該世帯主若しくは組合員の氏名、住所若しくは被保険者証の記号番号
- (5) 社会保険各法による被扶養者である子どもにあっては、子どもが被扶養者となっている被保険者、組合員若しくは加入者又は当該被保険者、組合員若しくは加入者の住所、氏名若しくは被保険者証、組合員証若しくは

は加入者証の記号番号

- 2 受給者は、前項各号に掲げる事項に変更があったときは、当該変更のあった日から起算して14日以内に子ども医療費受給資格等変更届(様式第5号)に当該変更のあったことを証する書類を添えて市長に届け出なければならない。

(令3規則12・旧第7条繰下)

(資格喪失の届出)

- 第10条 受給者証の交付を受けた者が条例第3条第1項の規定に該当しなくなったときは、速やかに、子ども医療費受給資格喪失届(様式第6号)により市長に届け出なければならない。

(令3規則12・旧第8条繰下・一部改正、令4規則40・一部改正)

(受給者証の添付)

- 第11条 前2条の規定による届出には、受給者証を添えなければならない。ただし、受給者証を添えることができない事由があるときは、その旨を明らかにすることができる申立書をもって受給者証にかえることができる。

(令3規則12・旧第9条繰下)

(第三者行為の届出)

- 第12条 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、医療費の支給を受け、又は受けようとする者は、第三者の行為による被害届(様式第7号)により、速やかに、市長に届け出なければならない。

(令3規則12・旧第10条繰下)

(添付書類の省略)

- 第13条 市長は、この規則により申請書又は届書に添えて提出する書類により証明すべき事実を公簿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。

(令3規則12・旧第11条繰下)

(子ども医療に関する処分の通知)

- 第14条 市長は、医療費の支給に関する処分をしたときは、文書をもっ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。

(令3規則12・旧第12条繰下)

(雑則)

- 第15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。

(令3規則12・旧第13条繰下)

付 則

- 1 この規則は、平成14年10月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、現に改正前の長久手町乳児医療費支給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、改正後の長久手町乳幼児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。

附 則(平成19年規則第33号)

この規則は、平成20年1月1日から施行する。

附 則(平成20年規則第13号)

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則(平成23年規則第65号)

この規則は、平成24年1月4日から施行する。

附 則(平成24年規則第13号)抄

(施行期日)

- 1 この規則は、平成24年4月1日から施行する。

附 則(平成25年規則第20号)

この規則は、平成25年4月1日から施行する。

附 則(平成27年規則第28号)

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

附 則(平成29年規則第6号)

この規則は、平成29年4月1日から施行する。

附 則(平成30年規則第12号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に改正前の長久手市子ども医療費支給条例施行規則の規定に基づいて作成されている諸様式については、改正後の長久手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。

附 則(令和3年規則第12号)

- 1 この規則は、令和3年4月1日から施行する。

- 2 この規則の施行の際現に改正前の長久手市子ども医療費支給条例施行規則の規定に基づいて作成されている諸様式については、改正後の長久手市子ども医療費支給条例施行規則の規定にかかわらず、当面の間、使用することができる。
 - 附 則(令和4年規則第40号)
- この規則は、令和5年1月1日から施行する。
 - 附 則(令和5年規則第31号)
- 1 この規則は、令和6年1月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、現に改正前の長久手市子ども医療費支給条例施行規則の規定に基づいて作成されている諸様式については、改正後の長久手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号(第5条関係)

(令3規則12・全改)

様式第1号（第5条関係）

（表）

		愛知県内のみ有効	
①		医療費受給者証	
受給者番号			
受給者	住所		
	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		長久手市長 印	
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。

(裏)

注 意 事 項

- 1 この証は、本人以外は使用することができません。
- 2 愛知県内の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に提出してください。
- 3 氏名、居住地、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、市長にその旨を届け出てください。
- 4 この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 5 受給者の資格がなくなったとき又は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、速やかに、市長に返してください。
- 6 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。

(問合せ先)

子ども医療費受給者証交付申請書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者 住 所
(受給者) 氏 名
電 話

次のとおり子ども医療費受給者証の交付を申請し、次のことに同意します。

- 1 医療費受給資格・区分等の確認（必要に応じて世帯員分含む。）のため、公簿の閲覧をすること。
- 2 医療費支給のため保険者に給付内容の照会をすること。
- 3 子ども医療費受給者証で医療を受けた場合の医療費に係る「高額療養費」及び「付加給付」（以下「高額療養費等」という。）については、長久手市長が保険者から高額療養費等を受領すること。
- 4 保険者から直接高額療養費等が支払われた場合は、長久手市に当該金額を返納すること。
(申請者と保険の加入者が異なる場合…被保険者との続柄)

保 険 の 加 入 者	住 所															
	フリガナ							生年月日								
	氏 名							子どもとの続柄								
	個人番号															
保 険 加 入 状 況	保険証記号番号	記号 番号														
	保 険 者 名															
	保 険 者 番 号															
受 給 者 番 号	①						②						③			
子 ど も	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ					<input type="checkbox"/> 申請者に同じ					<input type="checkbox"/> 申請者に同じ				
	フリガナ															
	氏 名	①						②						③		
	生年月日															
	個人番号															
備 考																

様式第3号(第6条関係)

子ども医療費受給者証再交付申請書	
長久手市長 殿	
年 月 日	
申請者 住所 (受給者) 氏名 電話	
下記のとおり医療受給者証の再交付を申請します。	
子 ど も	受 給 者 番 号
	住 所
	氏 名
	生 年 月 日
申 請 理 由	1 破損 2 汚損 3 紛失 4 地番変更 5 その他

様式第4号(第7条関係)

(令5規則31・全改)

受給者番号	
-------	--

子ども医療費支給申請書

年 月 日

長久手市長 殿

〒 -

住 所

受給者 氏名

電 話 ()

下記のとおり子ども医療費の支給を申請します。

フリガナ				生年月日	
子ども氏名					
被保険者			記号番号	(記号)	(番号)
保険者名					
保険者番号				附加給付	有 ・ 無
医療等の状況	傷病名	通院区分	入院・入院外	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで
	医療機関	名 称			
	申請理由	1 医療保険において療養費等が支給されたため 2 県外受診のため 3 その他 ()			
支払方法	金融機関名		支店名		種別
	口座番号			口座名義人	
				(カタカナで記入してください)	
医療費総額	自己負担額	高額療養費又は附加給付金		支給申請額	
円	円	円		円	

(注) 医療機関の領収書を添付してください。

様式第5号(第9条関係)

子ども医療費受給資格等変更届 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</div> 長久手市長 殿 <div style="text-align: center;">氏名 電話</div> 下記のとおり医療費の受給資格等に変更がありました。		
受給者番号		
区分	新	変更年月日
受給資格者	住所	
	氏名	
子ども	氏名	
保険加入状況	保険者名	
	保険者番号	
	記号番号	
	附加給付等	

様式第6号(第10条関係)

(令5規則31・全改)

様式第6号(第10条関係)

		受給者番号	
子ども医療費受給資格喪失届			
資格喪失した受給者の氏名		資格喪失の年月日	年 月 日
住 所			
資 格 喪 失 の 理 由			
1 転出	転出年月日	年 月 日	
2 生保開始	生保開始の年月日	年 月 日	
3 死亡	死亡した年月日	年 月 日	
4 その他	<input type="checkbox"/> 障害者医療へ移行 <input type="checkbox"/> 母子・父子家庭へ移行 <input type="checkbox"/> その他		
<p>上記のとおり受給者証を添えて届けます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">届出人 氏名</p> <p style="text-align: right;">電話 ()</p> <p>長久手市長 殿</p>			

様式第7号(第12条関係)

(令3規則12・全改)

様式第7号(第12条関係)

第三者行為による被害届

長久手市長 殿 下記のとおりお届けします。		受給者 住所 長久手市 氏名 電話 ()		年 月 日 (〒 -)	印	
事故 発生日	年 月 日 午(前・後) 時 分頃	事故発生 場 所				
受給者番号・医療証番号	社保・国保の保険者名	事故原因 と 状 況				
被害者名 (受給者)	被保険者証 記号・番号	職 業				
	ふりがな 氏 名	続 柄	性別	男・女		
		生年月日	年	月	日	
第 三 者 に 関 連 す る 事 項	加 害 者 (運転者)	氏 名	生年月日 年 月 日			
		住 所	〒			
	保 有 者 (契約者)	職 業	電 話			
		氏 名	電 話			
	自賠償保険	有・無	保 險 会 社	証 明 書 番 号		
		任 意 保 有・無	保 險 会 社	支 店 名	課 名	担 当 者 名
証 券 番 号	電 話		()			
医療機関の所在地・名称(氏名)		傷 病 名	初 診 日	年 月 日		
当 初			保 險 診 療	有・無		
			保 險 診 療 開 始 日	年 月 日		
転 医 後			診 療 見 込 期 間			
			診 療 見 込 金 額	円		

注意 この申請書に次の書類を添付して提出してください。

- 1 交通事故証明書
- 2 事故発生状況報告書
- 3 示談書の写し
- 4 委任状
- 5 念書(被害者)
- 6 誓約書(加害者)
- 7 契約書の写し