

○弥富市子ども医療費支給条例施行規則

昭和48年3月28日

規則第2号

(趣旨)

第1条 この規則は、弥富市子ども医療費支給条例（昭和48年弥富町条例第11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2条第1項に規定する規則で定める法令（以下「社会保険各法」という。）は、次に掲げる法律をいう。

- (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）

(受給者証の交付申請)

第3条 条例第4条第1項に規定する子ども医療費受給者証（第1号様式。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（第2号様式）に条例第2条に規定する受給資格者（以下「受給資格者」という。）であることを証する書類を添えて市長に提出しなければならない。

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。

(受給者証の再交付申請)

第4条 受給者証の交付を受けている者（以下「受給者」という。）は、受給者証を破り、汚し、又は失ったときは、速やかに子ども医療費受給者証再交付申請書（第3号様式）を市長に提出して、その再交付を申請しなければならない。

2 受給者証を破り、又は汚した場合の前項の申請には、同項の申請書に、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に、失った受給者証を発見したときは、速やかに発見した受給者証を市長に返還しなければならない。

(医療費支給申請)

第5条 条例第3条第1項に規定する子ども医療費（以下「医療費」という。）の支給を受けようとする者は、子ども医療費支給申請書（第4号様式）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3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る書類を添えなければならない。

(医療費の請求)

第6条 条例第5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。

(届出事項)

第7条 条例第6条第1項に規定する規則で定める事項は、次に掲げるとおりとする。

(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3条第1項に規定する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若しくは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同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若しくは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氏名若しくは住所若しくは被保険者証、組合員証若しく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者等変更届（第5号様式）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。

(受給資格喪失の届出)

第8条 受給者は、条例第2条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(第6号様式)により、市長に届け出なければならない。

(受給者証の添付)

第9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代えることができる。

(第三者の行為による被害の届出)

第10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、速やかに第三者行為による被害届(第7号様式)により、市長に届け出なければならない。

(添付書類の省略)

第11条 市長は、この規則の規定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。

(医療費に関する処分の通知)

第12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。

(雑則)

第13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、昭和48年4月1日から施行する。

附 則(昭和53年規則第13号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成元年規則第14号)

この規則は、平成元年8月1日から施行する。

附 則（平成5年規則第11号）

この規則は、平成5年4月1日から施行する。

附 則（平成6年規則第12号）

この規則は、平成6年4月1日から施行する。

附 則（平成9年規則第15号）

この規則は、公布の日から施行し、改正後の弥富町乳幼児医療費支給条例施行規則の規定は、平成9年4月1日から適用する。

附 則（平成12年規則第56号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成15年規則第8号）

この規則は、平成15年4月1日から施行する。

附 則（平成17年規則第20号）抄

（施行期日）

1 この規則は、平成17年4月1日から施行する。

附 則（平成18年規則第2号）

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則（平成18年規則第23号）

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則（平成19年規則第38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22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弥富市規則の規定に基づいて作成されている様式用の紙は、改正後の弥富市規則の規定にかかわらず、当分の間、これを使用することができる。

附 則（平成23年規則第24号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成27年規則第15号）

この規則は、平成27年8月1日から施行する。

附 則（平成30年規則第50号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和2年規則第7号）抄

（施行期日）

- 1 この規則は、令和2年4月1日から施行する。

附 則（令和3年規則第20号）

（施行期日）

- 1 この規則は、令和3年7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各規則の規定に基づいて作成されている申請書その他の用紙は、改正後の各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5年規則第17号）

この規則は、令和5年4月1日から施行する。

第1号様式（第3条関係）

（表）

愛知県内のみ有効			
(子)	子ども医療費受給者証		
受給者番号			
保険者名			
記号番号			
受給者	住所		
	氏名		
子ども	氏名		
	生年月日	年 月 日	男・女
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 弥富市長 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">印</span>		
交付年月日	年 月 日		

（裏）

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、組合員証又は加入者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ったときは、速やかにこの証を市長に返してください。
- 4 氏名又は住所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。
- 5 保険者名や記号番号等に変更があったときは、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。
- 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。

（問い合わせ先）

弥富市役所 健康福祉部 保険年金課  
電話番号 (0567) 65-1111

第2号様式（第3条関係）

子ども医療費受給者証交付申請書						
年 月 日						
(宛先) 弥富市長						
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交付を申請します。						
受 給 資 格 者	住 所					
	フリガナ			男 ・ 女	年 月 日生	
	氏 名			子どもとの続柄		
	職 業					
子 ど も	住 所					
	フリガナ			男 ・ 女	生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日		
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名		続柄		住所	
	被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号				付加給付 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 (    )				受給者番号	
	(交付事由発生年月日    年    月    日 )					
備 考						

第3号様式（第4条関係）

子ども医療費受給者証再交付申請書		
(宛先) 弥富市長	年 月 日	
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	性別
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
子 ど も	住 所	
	フリガナ	性別
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
申 請 理 由	1 破 損 2 汚 損 3 紛 失  ( 事情をお書きください。 )	
※再交付年月日	年 月 日	

※の欄は、記入しないでください。



第4号様式（第5条関係）

子ども医療費支給申請書					
				年 月 日	
(宛先) 弥富市長					
住 所					
申請者					
氏 名					
電話番号					
次のとおり子ども医療費の支給を申請します。					
受給者番号			保険者名		
フリガナ			被保険者等 記号・番号		
子ども氏名					
生年月日	年	月	日	通院区分	
傷病名			療養期間	年 月分	
医療機関	所在地				
	名称				
医療費総額	円				
申請額	円				
申請事由	1 医療保険において療養費等が支給された。 2 県外で医療等を受けた。 3 その他				
振込先	金融機関名	支店名	口座種別・番号	口座名義人(カナ)	
計 算 方 法					
1	総費用額	円	5	結核・精神その他 公費負担分	( ) 円
2	法定割合	割	6	家族療養費 付加金	( ) 円
3	窓口支払分	円	支給 決定額	円	
4	入院 } 入院外 }	の別			

(注) 医療機関の領収書等を添えてください。

		受給者番号		
第5号様式 (第7条関係)		子ども氏名	生年月日	年月日
子ども医療費受給者等変更届				
年 月 日				
(宛先) 弥富市長				
住 所				
届出者				
氏 名				
電話番号				
次のとおり子ども医療費の受給資格に変更がありました。				
区 分		変 更 後	変 更 前	事 由
受給者	住 所			<b>1 変更</b> <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 ( 年 月 日)
	フリガナ			
	氏 名			
加入医療保険	被保険者	氏 名		
		続 柄		
		住 所		
	被保険者等 記号・番号			
保 険 者 名	<保険者番号 >			
所 在 地				
給付の内容 (付加給付)				
その他 ( )				
備 考				

※ 該当する□の中にレ印を記入してください。

		受給者番号		
第6号様式(第8条関係)		子ども氏名	生年月日 年月日	
子ども医療費受給資格喪失届				
年 月 日				
(宛先) 弥富市長				
住 所				
届出者				
氏 名				
電話番号				
次のとおり子ども医療費の受給資格を喪失しました。				
区 分		事 由		
受給者	住 所	<b>1 喪失</b> <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 ( ) 喪失年月日 ( 年 月 日)		
	フリガナ			
	氏 名			
加入医療保険	被保険者			氏 名
				続 柄
				住 所
	被保険者等 記号・番号			
保 険 者 名	<保険者番号 >			
所 在 地				
給付の内容 (付加給付)				
その他 ( )				
備 考				

※ 該当する□の中にレ印を記入してください。

第7号様式 (第10条関係)

第三者行為による被害届

(宛先) 弥富市長		受給者 住所 氏名 電話番号		年 月 日		
次のとおりお届けします。						
事 故 日	年 月 日	時 分	午 (前・後)	事 故 発 生 場 所		
事 故 原 因 と 状 況						
被 害 者 名 (子 ども 名)	受給者番号			職業		
	フリガナ			続柄	性別 男・女	
	氏 名			生年月日	年 月 日	
	被保険者証記号・番号			社保・国保の保険者名		
第 三 者 関 係 者 事 項	運 転 者	氏 名			生年月日	年 月 日
		住 所				
		職 業			電話番号	
	保 有 者	氏 名			生年月日	年 月 日
		住 所				
		職 業			電話番号	
		運 転 者 と の 関 係	本人・親族 (続柄 )・事業主・その他 ( )			
	契 約 者	氏 名			生年月日	年 月 日
		住 所				
		職 業			電話番号	
		運 転 者 と の 関 係	本人・親族 (続柄 )・事業主・その他 ( )			
	自 賠 責 保 険 (対人)	有	保険会社			証 明 書 番 号
有		保険会社			支店名	課名 担当者名
無		証券番号			電話番号	
医療機関の所在地・名称 (氏名)			傷 病 名	初 診 日	年 月 日	
当 初	-----			保 険 診 療	有・無	
	-----			保 険 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 委任状
- 2 事故発生状況報告書
- 3 交通事故証明書
- 4 委任状兼同意書
- 5 念書等

第1号様式（第3条関係）

第2号様式（第3条関係）

第3号様式（第4条関係）

第4号様式（第5条関係）

第5号様式（第7条関係）

第6号様式（第8条関係）

第7号様式（第10条関係）