

**改正**

昭和52年7月1日規則第10号

昭和58年8月20日規則第10号

昭和60年4月4日規則第8号

平成8年12月26日規則第12号

平成11年4月1日規則第7号

平成14年10月1日規則第22号

平成15年10月1日規則第20号

平成18年1月25日規則第5号

平成18年9月22日規則第36号

平成18年12月28日規則第40号

平成19年2月5日規則第5号

平成20年8月4日規則第15号

平成21年3月30日規則第11号

平成23年11月7日規則第10号

平成26年3月31日規則第4号

平成28年3月28日規則第10号

令和2年12月21日規則第36号

水巻町子ども医療費の支給に関する条例施行規則

(趣旨)

**第1条** この規則は、水巻町子ども医療費の支給に関する条例（昭和49年条例第25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、子ども医療費の受給資格の認定を受けようとする者は、あらかじめ子ども医療費受給資格認定申請書に次の各号に掲げる書類を添え、これを町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「被保険者証等」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) その他町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簿等によつて確認することができるときは、当該書類の添付を省略させることができる。

(子ども医療証の交付及び未交付の通知)

**第3条** 条例第6条第1項の規定による子ども医療証（以下「医療証」という。）の交付は、町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子どもごとに審査したうえ行うものとする。

2 町長は、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、その理由を附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、15歳に達する日以後の最初の3月31日までとする。ただし、町長が必要と認めるときは、有効期限を別に定めることができる。

2 受給資格者は、医療証の有効期限が満了したときは、当該医療証を速やかに町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、又は失つたときは、医療証の再交付申請書を町長に提出し、医療証の再交付を受けることができる。

2 医療証を破り、又はよごした場合における前項の申請書には、その医療証を添えなければならない。

3 受給資格者は、医療証の再交付を受けた後、失つた医療証を発見したときは、速やかに町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条で規定する規則で定める保険医療機関等は、次に掲げる病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーションとする。

(1) 健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号の保険医療機関及び保険薬局並びに同法第88条の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) 前号に掲げるもののほか、町長の定める病院、診療所又は薬局

(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、子ども医療費の支払を町長に請求しようとするときは、子ども医療費請求書を町長に提出しなければならない。

(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、子ども医療費の支給を受けようとするときは、必要な証拠書類を添えて子ども医療費支給申請書を町長に提出しなければならない。

2 町長は、子どもが水巻町国民健康保険の被保険者であつて、当該子どもに係る子ども医療費の額を公簿等によつ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。

(子ども医療費に関する決定の通知)

**第9条** 町長は、前条第1項による申請書が提出された場合において子ども医療費の支給に関する決定をしたときは、文書をもつてその内容を申請者に通知するものとする。この場合において、子ども医療費の全部又は一部につき不支給の決定をしたときは、その理由を附記するものとする。

(届出)

**第10条** 条例第9条で規定する規則で定める事項は、次の各号に掲げるとおりとする。

(1) 子どもの住所及び氏名

(2) 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) 子どもの死亡

(5) 子どもの被保険者等

(6) 子どもの被保険者等に係る保険者

(7) その他町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、子ども医療変更届に医療証を添え、これを町長に提出しなければならない。

3 受給資格者は、条例第3条に規定する対象者でなくなつたときは、子ども医療費受給資格喪失届に医療証を添えて、これを町長に提出しなければならない。

4 受給資格者は、子ども医療費の支給事由が第三者の行為によつて生じたものであるときはその旨を直ちに町長に届け出なければならない。

(様式)

**第11条** この規則の施行に関し必要な書類の様式は次のとおりとする。

(1) 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

(2) 子ども医療証 様式第2号

- (3) 子ども医療証再交付申請書 様式第3号
- (4) 子ども医療費請求書（医科、歯科用） 様式第4号
- (5) 子ども医療費請求書（調剤用） 様式第5号
- (6) 子ども訪問看護療養費請求書 様式第6号
- (7) 子ども医療費支給申請書 様式第7号
- (8) 子ども医療変更届 様式第8号
- (9) 第三者の行為による被害届 様式第9号
- (10) 子ども医療費受給資格喪失届 様式第10号

#### 附 則

この規則は、昭和49年10月1日から施行し、同日以降に受ける医療に係る乳幼児医療費から適用する。

#### 附 則（昭和52年7月1日規則第10号）

この規則は、昭和52年7月1日から施行する。

#### 附 則（昭和58年8月20日規則第10号）

この規則は、公布の日から施行する。

#### 附 則（昭和60年4月4日規則第8号）

この規則は、公布の日から施行する。

#### 附 則（平成8年12月26日規則第12号）

この規則は、公布の日から施行する。

#### 附 則（平成11年4月1日規則第7号）

この規則は、公布の日から施行する。

#### 附 則（平成14年10月1日規則第22号）

この規則は、平成14年10月1日から施行する。

#### 附 則（平成15年10月1日規則第20号）

- 1 この規則は、平成16年1月1日から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。
- 2 町長は、前項の規定にかかわらず、平成16年1月1日前においても、改正後の水巻町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、水巻町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15年条例第24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18年1月25日規則第5号）

- 1 この規則は、平成19年1月1日から施行する。ただし、次項の規定は、平成18年12月1日から施行する。
- 2 町長は、平成19年1月1日前においても、改正後の水巻町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18年9月22日規則第36号）

この規則は、平成19年1月1日から施行する。

**附 則**（平成18年12月28日規則第40号）

この規則は、公布の日から施行し、平成18年10月1日から適用する。

**附 則**（平成19年2月5日規則第5号）

この規則は、公布の日から施行し、平成18年10月1日から適用する。

**附 則**（平成20年8月4日規則第15号）

（施行期日等）

- 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 町長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の水巻町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21年3月30日規則第11号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、平成21年10月1日（以下「施行日」という。）から施行する。
- 2 町長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の水巻町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子ども医療証の交付の手続きをすることができる。

**附 則**（平成23年11月7日規則第10号）

（施行期日等）

- 1 この規則は、平成24年4月1日（以下「施行日」という。）から施行する。
- 2 町長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の水巻町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子ども医療証の交付の手続きをすることができる。

**附 則**（平成26年3月31日規則第4号）

(施行期日等)

- この規則は、平成26年7月1日（以下「施行日」という。）から施行する。
- 町長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の水巻町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子ども医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則（平成28年3月28日規則第10号）

- この規則は、平成28年10月1日（以下「施行日」という。）から施行する。
- 町長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の水巻町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子ども医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則（令和2年12月21日規則第36号）

この規則は、令和3年4月1日から施行する。ただし、様式第1号の改正規定は公布の日から施行する。

様式第1号 子ども医療費受給資格（認定・更新）申請書兼台帳

| 子ども医療費受給資格（認定・更新）申請書兼台帳   |              |                         |                          |  |            |                 |     |  |  |  |  |
|---|--------------|-------------------------|--------------------------|--|------------|-----------------|-----|--|--|--|--|
| 医療証番号   |              | 資格認定年月日                 |                          | 年 月 日  |            | 3歳未満・3歳以上・小学生以上 |     |  |  |  |  |
|   |              | 申 請 事 由                 |                          | 出生・転入・3歳到達・更新・その他（ ）                         |            |                 |     |  |  |  |  |
| 子ども   | ふりがな<br>氏 名  | 年 月 日生                  |                          |  | 男・女        | 住 所             |     |  |  |  |  |
| 保護者   | ふりがな<br>氏 名  | 子どもとの続き柄（ ）             |                          |  | 男・女        | 住 所             |     |  |  |  |  |
| 生計維持者   | ふりがな<br>氏 名  | 子どもとの続き柄（ ）             |                          |  | 男・女        | 住 所             |     |  |  |  |  |
| 医療保険  | 保険種別         | 被 保 険 者 証 の<br>氏名、記号・番号 |                          |  | 氏 名        | 記 号             | 番 号 |  |  |  |  |
|   | 保険者名         | 保険者<br>番 号              | 所 在 地                    | 付加給付の<br>有 無                                 | 有・無        |                 |     |  |  |  |  |
| 所得の<br>状況   | 年分 所得額<br>円  | 所 得 区 分                 | ア 被用者又は公務員<br>イ 被用者等でない者 | 扶養親族等及び児童の数<br>(うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族<br>の合計数) | 人<br>( 人 ) | 児童手当の<br>受給の有無  | 有・無 |  |  |  |  |
| <p>上記のとおり、子ども医療費受給資格の（認定・更新）を申請します。<br/>                     当該申請に関して、水巻町が市町村民税に係る情報及び児童手当の支給に関する情報の提供を受けるために個人番号を利用することを承諾します。<br/>                     なお、今後、助成を受ける医療費が高額療養費に該当する場合、高額療養費の請求及び受領について、世帯主及び被保険者は、水巻町長に委任します。<br/>                     また、保険者から高額療養費が支給された場合は、子ども医療給付分を水巻町へ返還します。</p> <p>年 月 日</p> <p>水巻町長 様</p> <p>世帯主または 住所<br/>被 保 険 者 氏名<br/>電話番号</p> |              |                         |                          |  |            |                 |     |  |  |  |  |
| 審査欄   | 控除後の所得額<br>円 | 所得制限限度額<br>円            | 判定<br>可・否                | 備考欄  |            |                 |     |  |  |  |  |

様式第2号 子ども医療証

(表 面)

|                           |   |       |
|---------------------------|---|-------|
| 福岡県・水巻町子ども医療<br>(子) 医 療 証 |   |       |
| 有効期間                      | 年 月 日から<br>年 月 日まで                      |       |
| 負担者番号                     | 8 1 4 0                                 |       |
| 受給者番号                     | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |       |
| 受給者                       | 住所                                      |       |
|                           | 氏名                                      | 男・女   |
|                           | 生年月日                                    | 年 月 日 |
| 一部自己負担金                   | 入院 徴収しない                                |       |
|                           | 入院外 徴収しない                               |       |
| 発行機関名及び印                  | 福岡県 水巻町長                                |       |
| 交付年月日                     | 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、水巻町の条例により子ども医療費の支給が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。<br>2. 子ども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下さい。<br>3. 子どもが水巻町の区域外に転出したとき、又は有効期間を経過したときは、この証を使用することができませんので、速やかに水巻町長に返して下さい。<br>4. 子ども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、速やかに水巻町長にその旨を届け出てください。<br>5. 子ども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、速やかに水巻町長にその旨を届け出てください。<br>6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、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。<br>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。<br>(後日、水巻町に払い戻しの申請を行ってください。) |

- 1. 規 格 日本工業規格 B列7番
- 2. 印刷色 黒色
- 3. 地 色 うぐいす色
- 4. 負担者番号 別紙のとおり
- 5. 受給者番号 市町村において設定する。



|    |    |    |
|----|----|----|
| 1  | 3  | 8  |
| 医科 | 歯科 | 医保 |

年 月分 子障親医療費請求書

|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| 4 | 0 |  |  |  |
|---|---|--|--|--|

殿

医療機関  
コード

下記のとおり請求する。

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 | 診療実日数 | 総点数 | 子・障・親医療費給付外の額 | 一部負担金 | 備考 |
|------------|---------|-----|----|-------|-----|---------------|-------|----|
|            | 請求      | *決定 |    |       |     |               |       |    |
| ㊥<br>子ども   | 7割      | 請求  |    |       |     |               |       |    |
|            |         | *決定 |    |       |     |               |       |    |
|            | 8割      | 請求  |    |       |     |               |       |    |
|            |         | *決定 |    |       |     |               |       |    |
|            | 割       | 請求  |    |       |     |               |       |    |
|            |         | *決定 |    |       |     |               |       |    |
| ㊦<br>障がい者  | 7割      | 請求  |    |       |     |               |       |    |
|            |         | *決定 |    |       |     |               |       |    |
|            | 8割      | 請求  |    |       |     |               |       |    |
|            |         | *決定 |    |       |     |               |       |    |
|            | 割       | 請求  |    |       |     |               |       |    |
|            |         | *決定 |    |       |     |               |       |    |
| ㊧<br>ひよりの親 | 7割      | 請求  |    |       |     |               |       |    |
|            |         | *決定 |    |       |     |               |       |    |
|            | 8割      | 請求  |    |       |     |               |       |    |
|            |         | *決定 |    |       |     |               |       |    |
|            | 割       | 請求  |    |       |     |               |       |    |
|            |         | *決定 |    |       |     |               |       |    |

(注) \*印の欄は記入しないでください。  
この様式で国保該当者分の請求はできません。  
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  |
| 調剤 | 医保 |

年 月分 子障親医療費請求書

|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| 4 | 0 |  |  |  |
|---|---|--|--|--|

殿

薬 局  
コ ー ド

下記のとおり請求する。  
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 | 処方せん<br>の枚数 | 総点数 | 一部負担金 | 備考 |
|-----------|---------|-----|----|-------------|-----|-------|----|
|           | 7割      | 8割  |    |             |     |       |    |
| ㊥<br>子ども  | 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 | 処方せん<br>の枚数 | 総点数 | 一部負担金 | 備考 |
|           | 7割      | 8割  |    |             |     |       |    |
| ㊦<br>障がい者 | 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 | 処方せん<br>の枚数 | 総点数 | 一部負担金 | 備考 |
|           | 7割      | 8割  |    |             |     |       |    |
| ㊧<br>ひとり親 | 7割      | 請求  |    |             |     |       |    |
|           |         | *決定 |    |             |     |       |    |
|           | 8割      | 請求  |    |             |     |       |    |
|           |         | *決定 |    |             |     |       |    |
|           | 割       | 請求  |    |             |     |       |    |
|           |         | *決定 |    |             |     |       |    |

(注) \*印の欄は記入しないでください。  
この様式で国保該当者分の請求はできません。  
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。

年 月分 子障親訪問看護療養費請求書

|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| 4 | 0 |  |  |  |
|---|---|--|--|--|

殿

訪問看護  
ステーションコード

訪問看護ステーションの  
所在地及び名称  
開設者氏名

㊦

下記のとおり請求する。

年 月 日

|           | 保険給付割合別 |     | 件数 | 実日数 | 総金額 | 子・障・親<br>訪問看護療養<br>費給付外の額 | ※金額 | 備考 |
|-----------|---------|-----|----|-----|-----|---------------------------|-----|----|
|           | 請求      | *決定 |    |     |     |                           |     |    |
| ⑤<br>子ども  | 7割      | 請求  |    |     |     |                           |     |    |
|           |         | *決定 |    |     |     |                           |     |    |
|           | 8割      | 請求  |    |     |     |                           |     |    |
|           |         | *決定 |    |     |     |                           |     |    |
|           | 割       | 請求  |    |     |     |                           |     |    |
|           |         | *決定 |    |     |     |                           |     |    |
| ⑥<br>障がい者 | 7割      | 請求  |    |     |     |                           |     |    |
|           |         | *決定 |    |     |     |                           |     |    |
|           | 8割      | 請求  |    |     |     |                           |     |    |
|           |         | *決定 |    |     |     |                           |     |    |
|           | 割       | 請求  |    |     |     |                           |     |    |
|           |         | *決定 |    |     |     |                           |     |    |
| ⑨<br>ひとり親 | 7割      | 請求  |    |     |     |                           |     |    |
|           |         | *決定 |    |     |     |                           |     |    |
|           | 8割      | 請求  |    |     |     |                           |     |    |
|           |         | *決定 |    |     |     |                           |     |    |
|           | 割       | 請求  |    |     |     |                           |     |    |
|           |         | *決定 |    |     |     |                           |     |    |

(注) \*印の欄は記入しないでください。  
この様式で国保該当者分の請求はできません。  
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。

子ども医療費支給申請書

年 月 日

水巻町長 様

申請者 住所  
氏名

次のとおり、(一部負担金・療養費)を支払いましたので、子ども医療費の支給を申請します。

|                         |  |              |   |
|-------------------------|--|--------------|---|
| 子ども医療証の受給者番号            | -----  | 被保険者証等の記号・番号 |   |
| 子ども氏名                   |  | 世帯主、被保険者等氏名  |   |
| 傷病名                     | 療養期間 年 月 日から 年 月 日まで                                 |              |   |
| 医療機関                    | 所在地<br>名称  |              |   |
| 医療費総額                   | 円  | 申請額          | 円 |
| 申請理由<br>該当する番号<br>を○で囲む | 1 医療保険各法による療養費が支給された<br>2 県外の医療機関等で受診した<br>3 その他 ( ) |              |   |

(決裁欄)



第三者の行為による被害届

年 月 日

水巻町長 様

届出人 住所  
氏名

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       | 電話                      |
| 加害者の使用者       | 住所             |                     | 氏名           |    | 職業       | 電話                      |
| 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     |                |                     |              |    | 治ゆまでの見込み | 入院 円<br>通院 円<br>診療費総額 円 |
| 診療を受けた医師名     | 当初             | 住所                  |              | 氏名 | 電話       |                         |
|               | 転医後            | 住所                  |              | 氏名 | 電話       |                         |
| 自動車事故の場合      | 自動車番号          |                     | 自動車所有者住所・氏名  |    |          | 電話                      |
|               | 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 |                |                     |              |    |          |                         |

子ども医療費受給資格喪失届

年 月 日

水巻町長 様

届出人 住所

氏名

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。

|           |                 |  |
|-----------|-----------------|--|
| 受給資格喪失の事由 | 1. 転出予定         |  |
|           | 2. 生活保護受給       |  |
| 受給資格喪失年月日 | 3. 死亡           |  |
|           | 4. 生計維持する者の所得超過 |  |
| 医療証       | 5. その他 ( )      |  |
|           | 受給者番号           |  |
|           | 氏名              |  |