

只見町子ども医療費助成に関する交付要綱

平成24年4月1日只見町訓令第12号
改正

平成24年10月1日只見町訓令第18号

(趣旨)

第1条 この要綱は、只見町子ども医療費助成に関する規則(平成23年規則 号。以下「規則」という。)の施行について必要な事項を定めるものとする。

(受給資格登録申請)

第2条 只見町国民健康保険条例(昭和39年条例第35号)第5条の規定による一部負担金を減じている国民健康保険の被保険者以外の者で、医療費の助成を受けようとする保護者は、只見町子ども医療費受給資格登録申請書(様式第1号)を町長に提出しなければならない。ただし、平成24年3月31日現在、只見町乳幼児医療費助成に関する規則(昭和48年規則第4号)第5条に定める受給資格の登録をしている者及び只見町小児医療費助成に関する規則(平成19年規則第12号)に定める助成対象者にあつては、本条に規定する登録申請があつたものとみなす。

2 前項の申請書には、次に掲げる書類を添えなければならない。

(1) 規則第2条第4項に規定する医療保険各法に定める被保険者証又は組合員証

(2) その他町長が必要と認めた書類

(受給資格証の交付)

第3条 前条の規定による申請があつた場合において、当該申請書に受給資格があると認められるときは、只見町子ども医療費受給資格者証(様式第2号。以下「受給資格者証」)を交付する。

(受給資格者証の提示)

第4条 受給資格者証の交付を受けた対象者(以下「受給資格者」という。)が療養を受けるときは、当該受給資格者証を保健医療機関等(規則第2条第8項に規定する保健医療機関等をいう。以下同じ。)に提示しなければならない。

(助成の請求等)

第5条 規則第5条第1項の規定により保険医療機関等が支払いを受けようとするときは、診療報酬の請求の例により社会保険診療報酬支払基金福島支部(以下「基金」という。)に請求するものとする。

2 福島県内の保険医療機関等が、国民健康保険組合に加入する受給資格者にかかる医療費助成の支払を受けようとするときは、福島県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)に請求するものとする。

3 受給資格者が規則第5条第2項の規定により助成を受けようとするときは、保険医療機関等から保険診療の証明を受けた只見町子ども医療費助成申請書(様式第3号)を町長に提出しなければならない。

4 前項の規定中保険医療機関等から保険診療の証明を受けることができない相当の理由がある場合には、保険医療機関等の証明にかえて領収書等の添付による

ことができる。

- 5 第3項の申請書には、別表左欄に掲げる区分に応じ同表右欄に掲げる書類を添付しなければならない。

(助成の決定)

第6条 町長は、第5条第1項に規定する請求に基づき、基金が保険医療機関等に診療報酬の支払を行ったことをもって、助成を行ったものと見なす。

- 2 第5条第2項に規定する請求に基づき、国保連が保険医療機関等に診療報酬を支払ったことをもって、助成を行ったものと見なす。

- 3 町長は、第5条第3項及び第4項の規定に基づく請求があったときは、その内容を審査し、当該請求等に係る額を決定し、請求者に通知するものとする。

(基金及び国保連への支払)

第7条 町長は、基金並びに国保連が保険医療機関等に対して支払った医療費について、別に定める審査支払に関する契約に基づく方法により相当額を支払うものとする。

- 2 町長は、基金並びに国保連が行う審査支払業務に対する事務費について、別に定める審査支払の契約に基づき算出された金額を支払うものとする。

(届出義務)

第8条 受給資格者は、受給資格者証に記載された事項について変更があったときは、速やかにその旨を只見町子ども医療費受給資格内容等変更届(様式第4号)により町長に届け出なければならない。

(受給資格者証の再交付)

第9条 受給資格者証を破損若しくは汚損し、又は紛失したことにより再交付を受けようとする受給資格者は、只見町子ども医療費受給資格者証再交付申請書(様式第5号)を町長に提出しなければならない。

(受給資格者証の返還)

第10条 受給資格者が受給資格を喪失したときは、速やかに受給資格者証を町長に返還しなければならない。

(処分の通知)

第11条 規則第7条及び第8条の規定により助成金の返還その他医療費の給付に関する処分をするときは、文書をもってその内容を申請者又は届出者に通知するものとする。

(委任)

第12条 この要綱に定めるほか、必要な事項は別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則(平成24年10月1日只見町訓令第18号)

- 1 この訓令は、平成24年10月1日から施行する。

様式第1号(第5条関係)

受給資格要否	加入保険	政・組・国・共・その他
要・否理由	付加給付	有 無

※受給資格者証番号									只見町子ども医療費受給資格登録申請書
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------

年 月 日

只見町長

申請者 住 所
氏 名 ㊟
電話番号

子ども医療費の助成を受けたいので、受給資格登録を申請します。
なお、助成額の判定等のため町民税課税状況を調査することに同意します。

受給資格者 (保護者)	ふりがな 氏 名		性 別	男 女
	住 所			

対象の子ども	ふりがな 氏 名		性 別	男 女
	生年月日	年 月 日	続 柄	
	住 所			

加 入 保 険	保 険 者 名			
	記 号 番 号			
	被 保 険 者 名			
	事 業 所			
	所 在 地			

<u>付 加 給 付 に 関 す る 証 明</u>				
当保険（組合）においては、上記対象者の家族療養費に対する付加給付は次のとおりです。				
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>				
上記のとおり相違ないことを証明します。				
年 月 日				
保険代表者名 ㊟				

子ども医療費助成金支払先口座

金融機関名		銀行・信金 信組・農協		本店・本所 支店・支所
フリガナ 口座名義人		口座番号		口座種別 普通・貯蓄

様式第2号（第3条関係）

（表 面）

← 85mm →		
只見町子ども医療費受給資格者証		年 月 日 交付
公費負担者番号	受給資格者番号	
保 住 所	南会津郡只見町	
護 氏 名		
子 フリカゝナ		
ど 氏 名	性別	
も 生年月日		
有 効 期 限	年 月 日	
発 行 機 関 名	福島県南会津郡 只見町 印	
		
	54mm	

（裏 面）

注 意 事 項	
1 この証は、あなたが医療費の助成を受けることができる証ですから大切に保管してください。	
2 この証は、保険診療のみに適用されるので、診療を受けるときは、保険証と一緒に医療機関に提出してください。	
3 次の事由が生じたときは、必ず届けてください。	
① 氏名に変更があったとき。	
② 住所を変更したとき。	
③ 加入保険に変更があったとき。	
4 受給の資格がなくなったときは、速やかに返還してください。	

<h2 style="margin: 0;">只見町子ども医療費助成申請書</h2>						
只見町長				年 月 日		
（申請者）住所 只見町大字 字						
氏名 ㊟						
受給資格証番号		受給者名		入通の別	入院 通院	

<h3 style="margin: 0;">保 険 診 療 証 明 書</h3>							
年 月 診療分							
保 合	険 計	診 点	療 数	受 領 金 額			入 院 日 数
				合 計	食事療養費以外	食事療養費 標準負担額	
				円	円	円	
		点				日	
年 月 日							
所在地							
（医療機関） 名 称							
氏 名 ㊟							

<h3 style="margin: 0;">高額療養費支給に関する申立書</h3>					
下記のとおり、申し立てます。 年 月 日					
申立者氏名 ㊟					
只見町長 （注意 食事療養費は、「病院等で支払った一部負担金等」に含めないこと。）					
療養を受けた者の氏名	療養を受けた病院、診療所等	病院等で支払った一部負担金等	世帯合算額から控除する額	高額療養費支給決定額	摘 要
		円	/	/	
合 計					円

高額な一部負担金には、次のものが該当します。（世帯合算の基となる金額）

- 1 あなた又はあなたの世帯員が、医療機関の窓口で支払った一部負担金の額が30,000円以上のもの（町民税非課税世帯の方は、21,000円以上のもの）
- 2 あなたのお子さんが、育成医療等の給付を受けた際に、保険給付以外の負担額が30,000円以上で、費用徴収分として病院に支払ったもの

只見町子ども医療費受給資格内容等変更届

保 護 者	受給資格証番号				
	氏名				
	住所				
子 ど も	氏名				
	住所				
変 更 事 項	変更事由				
			新	旧	
	変 更	氏名			
		住所			
	区 分	加 入 保 険	記号番号		
			保険者名		
			摘要		
		備考			

上記のとおり変更事項が生じたので、受給資格証を添えて届け出ます。

年 月 日

只見町長

申請者住所 只見町大字 字

氏名 _____ (印)

只見町子ども医療費受給資格証再交付申請書

保 護 者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			続柄
	加入保険			
	記号番号			
	保険者名			
子 ど も	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
<p>子ども医療費受給資格証を亡失（き損）したので、再交付されたく申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>只見町長</p> <p>(届出人) 只見町大字 字</p> <p>氏名 _____ ㊞</p>				