

大田市子ども医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和3年3月29日

大田市長 **楫野弘和**

大田市規則第43号

大田市子ども医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則

大田市子ども医療費助成条例施行規則（平成17年大田市規則第73号）の一部を次のように改正する。

第5条第1項中「保険証」の次に「等」を加える。

第6条第2項第4号中「保険証」の次に「等」を加える。

様式第1号から様式第4号の2まで、様式第6号、様式第7号の2から様式第12号までを次のように改める。

様式第2号(第5条関係)

附加給付金給付証明書

大田市長

様

保険者 住 所
名 称
代表者名



下記組合員に対し、当組合においては、次のとおり附加給付金を支給^{している}していないことを証明します。

記

組合員氏名

組合員証番号(枝番)

住 所

附加給付算定方法

様式第3号(第5条関係)

子ども医療費助成台帳

資格証記号番号												
受給資格者	氏名	電話番号() -			生年月日				住所			子どもの続柄
		(. . . 変更)								(. . . 変更)		
子ども	氏名				生年月日				住所			
		(. . . 変更)								(. . . 変更)		
加入保険	被保険者氏名				子どもの続柄	資格(再証交付)付	年 月 日			有効期間		摘要
										. . . ~ . . .		
	住所				追加給付の有無	有・無		内容				
		(. . . 変更)				有・無			(. . . 変更)			
	保険種別	政・組・船・共・国	記号番号(枝番)			控除額の特例	期間			控除額		
		政・組・船・共・国		(. . . 変更)			自 至					
	保険者名				摘要							
所在地	(. . . 変更)											

様式第4号（第5条関係）
（表面）

(乳) 乳幼児等医療費受給資格証 (0歳～就学前用)		
公費負担者番号	90320052	
記号番号		
受資格 給者	氏名	
	住所	
乳 幼 児 等	氏名	
	生年月日	
	住所	
加 入 保 険	被保険者氏名	
	記号番号(枝番)	
	保険者名称	
本人負担	無料	
受給期間		
島根県大田市長 印		

(裏面)

注意事項	
1. この証は、大田市子ども医療費助成条例により、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、保険証等とともに医療機関等の窓口へ提示してください。	
3. 医療機関等で診療を受けられた際に本人負担が生じた場合は、2年以内に手続きをされれば還付します。	
4. 氏名、住所、加入医療保険に変更のあったときは、14日以内に、この証を添えて市長にその旨届け出てください。	
5. 受給資格を喪失したときは、速やかに市長に返還してください。	
6. この証が破れたり、汚れたり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。	
7. 不正にこの証を使用した者は、刑法により懲役の処分を受けることがあります。	

様式第4号の2（第5条関係）
（表面）

③ 子ども医療費受給資格証		
公費負担者番号	90320052	
受給者番号		
受給資格者	加入保険被保険者（扶養者）	
子ども	氏名	
	生年月日	
	住所	
本人負担	無料	
受給期間		
島根県大田市長 印		

（裏面）

注意事項	
1. この証は、大田市子ども医療費助成条例により、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、保険証等とともに医療機関等の窓口で提示してください。	
3. 医療機関等で診療を受けられた際に本人負担が生じた場合は、2年以内に手続きをされれば還付します。	
4. 氏名、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届け出てください。	
5. 受給資格を喪失したときは、速やかに市長に返還してください。	
6. この証が破れたり、汚れたり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。	
7. 不正にこの証を使用した者は、刑法により懲役の処分を受けることがあります。	

様式第6号(第7条関係)

子ども医療費助成申請書

受給 資格証	資格証 記号・番号		加 入 保 険	被保険者 氏名	
	氏名			保険証 記号番号 (枝番)	
子ども	氏名		険	保険者名	
	生年月日	年 月 日			
医療 機関名	名称				
	所在地				
医療 内容	入院・入院外の別	入院 ・ 入院外			
	期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
<p>申請額 金 _____ 円</p> <p>内訳 本人支払額 _____ 円 (別紙領収書のとおり)</p> <p>控除額 _____ 円</p> <p>差引 _____ 円 (助成対象額)</p> <p>上記のとおり申請します。 年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名</p> <p>電話番号() -</p> <p>大田市長 様</p>					

様式第7号の2(第7条関係)

医 療 費 領 収 証		(子ども医療用)
受 診 者	保険証等記号番号(枝番)	
	氏 名	
	住 所	
診 療 期 間 (月分)	外 来 (月の最初の診療日)	年 月 日
	入 院	年 月 日から 年 月 日まで
保険医療対象総点数		点
その他の法令による給付額		円
受 領 額		円
<p>上記の金額を領収しました。 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関等名 開 設 者 名 印</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p>(注) 家族の方へ この領収証を市役所に提出して医療費の償還納付の手続を してください。</p>		

慢性呼吸器疾患等16疾患群に係る医療意見書

患者	ふりがな	生年	年	月	日
	氏名:	月日	(満歳)		
	住所:	電話番号	()	—	
医療意見欄(医療機関で記入)					
発病	年 月 頃		今回初診日	年 月 日	
疾患群	1. 慢性腎疾患 2. 慢性呼吸器疾患 3. 慢性心疾患 4. 膠原病 5. 神経・筋疾患 6. 悪性新生物 7. 内分泌疾患 8. 糖尿病 9. 先天性代謝異常	10. 血液疾患 11. 免疫疾患 12. 慢性消化器疾患 13. 染色体又は遺伝子 に変化を伴う症候群 14. 皮膚疾患 15. 骨系統疾患 16. 脈管系疾患	疾患名		
入院期間	年 月 日 ~		年	月	日
診断に至った理由					
小児慢性特定疾病医療費支給認定基準を満たさないと判断した理由					
上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関所在地: 電話番号: 名称(診療科まで): 医師氏名:					

乳幼児等医療費助成に係る判定書

該当します。
 上記については、乳幼児等医療費助成の対象疾患に
 該当しません。

年 月 日

島根県

保健所長 印

様式第8号(第7条関係)

保 険 給 付 額 等 証 明 書

年 月 日

保険者 住 所
名 称
代表者名

印

下記の者に対して、次のとおり保険給付をしたことを証明します。

記

1 被保険者 住 所

氏 名

2 保険証記号番号(枝番)

3 被扶養者氏名

4 給付内容

診 療 月	年	月
医 療 機 関 名		
診 療 報 酬 請 求 額		円
医 療 費	保険対象総点数	点
	保 険 給 付 額	円
上記医療に対する家族療養費 附 加 金 給 付 額		円

様式第9号(第8条関係)

子ども医療費受給資格内容変更等届			
資格証の記号番号			
区分	変更種別	新	旧
受給者 資格者	ふりがな氏名		
	住所		
子ども	ふりがな氏名		
	住所		
加入 保 険	被保険者氏名		
	保険種別		
	保険者名		
	保険者所在地		
	保険証記号番号 (枝番)		
	附加給付金の有無	有 ・ 無	有 ・ 無
	給付内容		
他の制度による医療費助成を受けることとなったとき。		助成制度名	
変更等事由発生日			
変更等事由			
<p>上記のとおり変更等したので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 届出人 氏名 電話番号() - (子どもとの続柄)</p> <p>大田市長 様</p>			

様式第10号(第9条関係)

子ども医療費受給資格証破損・亡失届			
受給者 資格者	資格証記号番号		生 年 月 日
	氏 名	男・女	. . .
子 ども	氏 名		生 年 月 日
	住 所		. . .
加 入 保 険	被 保 険 者 氏 名		保 険 証 記 号 番 号 (枝番)
	被 保 険 者 名		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <p>子ども医療費受給資格証を</p> <p>年 月 日</p> <p>大田市長</p> </div> <div style="width: 20%; text-align: center;"> <p>破 損 亡 失</p> </div> <div style="width: 40%;"> <p>したので届け出ます。</p> <p>住所</p> <p>届出人 氏名</p> <p>電話番号() - (子どもとの続柄)</p> <p>様</p> </div> </div>			

様式第11号(第10条関係)

子ども医療費助成事由(被害)届			
受給資格者	資格証記号番号		生 年 月 日
	氏 名	男・女	. . .
子 ども	氏 名		生 年 月 日
	住 所		. . .
被害を与えた者 (第三者)	住 所		
	氏 名		
医 療 機 関 名			
診 療 開 始 日	年 月 日	診療見込期間	.)
被害の状況			
<p>上記のとおり、第三者の行為により被害を受けましたので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 届出人 氏名 電話番号() - (子どもとの続柄)</p> <p style="text-align: left;">大田市長</p> <p style="text-align: right;">様</p>			

様式第12号(第5条、第7条関係)

委 任 状

受任者

大田市長

様

上記の者に対して、次の事項を委任します。

私の被扶養者である、住所

氏名

の 年 月 日以降の療養に係る家族療養費附加給付金の受領に関する事
ただし、保険者が当該療養に係る家族療養費に相当する金額を保険医療機関に支払う場合
であって、かつ、大田市子ども医療費助成条例の規定により貴市が保険の自己負担分を当
該保険医療機関等に支払う場合に限ること。

なお、上記により受領した家族療養費附加給付金については、貴市が保険医療機関等に
支払う当該療養に係る医療費に充当されたいこと。

年 月 日

委任者

住 所

氏 名

(被保険者証記号番号(枝番) 第 号)

附 則

この規則は、令和3年4月1日から施行する。