

○滝上町子ども医療費の助成に関する条例施行規則

昭和48年10月1日

規則第8号

改正 昭和60年3月27日規則第4号

平成3年12月18日規則第14号

平成5年3月26日規則第10号

平成6年12月14日規則第18号

平成9年2月25日規則第3号

平成13年9月26日規則第11号

平成14年9月30日規則第17号

平成16年6月30日規則第9号

平成18年3月17日規則第2号

平成18年9月21日規則第19号

平成20年3月14日規則第3号

平成20年6月19日規則第14号

平成20年12月22日規則第27号

平成24年3月30日規則第10号

平成27年12月30日規則第34号

平成28年3月18日規則第7号

平成28年3月31日規則第10号

(目的)

第1条 この規則は、子ども医療費の助成に関する条例（昭和48年条例第21号。以下「条例」という。）の施行に関し、必要な事項を定めることを目的とする。

(受給者証の交付等)

第2条 条例第4条に規定する申請は、子ども医療費受給者証交付申請書(別記第1号様式)により行わなければならない。

2 前項の申請書には、次の各号に掲げる書類を添えなければならない。

(1) 被保険者証又は組合員証（以下「被保険者証等」という。）

(2) 子どもの保護者及びその世帯に属する全員の所得の状況等を明らかにする書類

3 町長は、前項の規定にかかわらず申請書に添付すべき書類の内容が、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ものとする。

4 町長は、第2項の規定にかかわらず、必要と認めるときは、他の書類を添付させることができるものとする。

(受給者証の交付等)

第3条 条例第5条の規定により交付する受給者証は、別記第2号様式、別記第2号様式の2又は別記第2号様式の3の子ども医療費受給者証(以下「受給者証」という。)とする。

2 前項の受給者証は、毎年更新するものとし、その期間は、8月1日から7月31日までの間とする。ただし、町長が特に認めた場合は、この限りではない。

3 町長は、条例第4条の規定による申請があつた場合において、当該申請を却下したときは、子ども医療費受給者証交付申請却下通知書(別記第3号様式)により当該申請者に通知するものとする。

(受給者台帳等)

第4条 町長は、子ども医療費受給者台帳(別記第4号様式)を備え、受給者を管理するものとする。

2 町長は、子ども医療費受給者番号払出簿(別記第5号様式)を備え、受給者番号を管理するものとする。

3 町長は、子ども医療費受給者異動整理簿(別記第6号様式)を備え、受給者の異動を管理するものとする。

(受給者証の再交付)

第5条 保護者は、受給者証を破り、汚し、又は失つたときは、子ども医療費受給者証再交付申請書(別記第7号様式)により申請し、その再交付を受けなければならない。

2 受給者証を破り、又は汚した場合の前項の申請書には、その受給者証を添えなければならない。

(医療費の支給申請)

第6条 保護者は、条例第8条第1項の規定により医療費の支給を受けようとするときは、子ども医療費支給申請書(別記第8号様式)により、申請しなければならない。

2 前項の申請書には、次の各号に掲げる書類を添えなければならない。

- (1) 被保険者証等
- (2) 受給者証
- (3) 医療費の額に関する証拠書類

(医療費の支給決定通知等)

第7条 町長は、医療費の支給を決定したときは、速やかに、子ども医療費支給決定通知書

(別記第9号様式)により当該医療費を申請した者に通知するものとする。

- 2 町長は、医療費の支給申請を却下したときは、速やかに、子ども医療費支給申請却下通知書(別記第10号様式)により当該医療費を申請した者に通知するものとする。

(条例第8条第2項の規則で定める保険医療機関等)

第8条 条例第8条第2項の規則で定める保険医療機関等は、医療保険各法に規定する北海道内の保険医療機関又は保険薬局及び北海道総合在宅ケア事業団とする。

(届出)

第9条 条例第9条の規定による届出は、次の各号の区分に従い当該各号に規定する様式により行わなければならない。

- (1) 条例第9条第1号又は第3号に該当する場合子ども医療費受給者変更届(別記第11号様式)
- (2) 条例第9条第2号又は第4号に該当する場合子ども医療費受給資格喪失届(別記第12号様式)

- 2 前項の届書には、被保険者証等及び受給者証を添えなければならない。

(返還金処理簿)

第10条 町長は、子ども医療費返還金処理簿(別記第13号様式)を備え、条例第10条及び第11条に規定する返還金を管理するものとする。

(委任)

第11条 この規則に定めるもののほか必要な事項は、町長が定める。

附 則

この規則は、昭和48年10月1日から施行する。

附 則(昭和60年3月27日規則第4号)

この規則は、昭和60年4月1日から施行する。

附 則(平成3年12月18日規則第14号)

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(医療費の助成に関する経過措置)

- 2 この規則による改正後の乳幼児医療費の助成に関する条例施行規則の規定(第4条及び第8条の規定に限る。)は平成3年12月1日(以下「適用日」という。)以後に行われた医療に関する給付に係る医療費の助成から適用し、適用日前に行われた医療に関する給付に係るこの規則による改正前の乳幼児医療費の助成に関する条例施行規則の規定によ

る医療費の助成については、なお従前の例による。

附 則（平成5年3月26日規則第10号）抄
（施行期日）

1 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12月14日規則第18号）

この規則は、平成7年1月1日から施行する。

附 則（平成9年2月25日規則第3号）

この規則は、平成9年4月1日から施行する。

附 則（平成13年9月26日規則第11号）

この規則は、平成13年10月1日から施行する。

附 則（平成14年9月30日規則第17号）

この規則は、平成14年10月1日から施行する。

附 則（平成16年6月30日規則第9号）

この規則は、平成16年10月1日から施行する。

附 則（平成18年3月17日規則第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9月21日規則第19号）

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

ただし、第5条第2項改定規定中「10月1日」を「8月1日」に改める部分については、平成19年8月1日から施行する。

附 則（平成20年3月14日規則第3号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成20年6月19日規則第14号）

この規則は、平成20年8月1日から施行する。

ただし、第2条の規定は、平成20年10月1日から施行する。

附 則（平成20年12月22日規則第27号）

この規則は、平成21年1月1日から施行する。

附 則（平成24年3月30日規則第10号）

この規則は、平成24年4月1日から施行する。

附 則（平成27年12月30日規則第34号）

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

附 則（平成28年3月18日規則第7号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成28年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の際、現に交付されている受給者証は、その有効期限が終了するまでの間、改正後の滝上町子ども医療費助成に関する条例施行規則別記第2号様式、別記第2号様式の2及び別記第2号様式の3による受給者証とみなす。

附 則（平成28年3月31日規則第10号）

（施行期日）

- 1 この規則は、行政不服審査法（平成26年法律第68号）の施行の日（平成28年4月1日）から施行する。

（経過措置）

- 2 行政庁の処分その他の行為又は不作為についての不服申立てに関する手続であつてこの規則の施行前にされた行政庁の処分その他の行為又はこの規則の施行前にされた申請に係る行政庁の不作為に係るものについては、なお従前の例による。
- 3 この規則の施行の際、第1条の規定による改正前の滝上町情報公開条例施行規則、第2条の規定による改正前の滝上町個人情報保護条例施行規則、第4条の規定による改正前の過疎地域自立促進特別措置法に係る固定資産税の課税免除に関する条例施行規則、第5条の規定による改正前の企業立地の促進等による地域における産業集積の形成及び活性化に関する法律に係る固定資産税の課税免除に関する条例施行規則、第6条の規定による改正前の乳幼児等医療費の助成に関する条例施行規則、第7条の規定による改正前の重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費の助成に関する条例施行規則、第8条の規定による改正前の老人福祉法施行細則、第9条の規定による改正前の滝上町高齢者等日常生活用具給付等事業条例施行規則、第10条の規定による改正前の滝上町畜犬取締及び野犬掃とう条例施行規則、第11条の規定による改正前の滝上町国民健康保険規則、第12条に規定する改正前の滝上町介護保険条例施行規則及び第13条の規定による改正前の滝上町後期高齢者医療に関する条例施行規則に規定する様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

別記第1号様式

子ども医療費受給者証交付申請書

平成 年 月 日

滝上町長

様

保護者 個人番号

住 所

氏 名

印

対象者との続柄

(電話 - -)

下記のとおり子ども医療費受給者証の交付を申請します。

記

※ 受 給 者 番 号								
申 請 内 容	受給資格者の状況	個人番号						
		フリガナ						
		対象者						
		生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
		年齢	歳	歳	歳	歳		
		保護者との続柄						
	受給資格要件の状況	保護者	父の氏名					
			母の氏名					
		資格取得事由	出生・転入・生保廃止・その他 ()				発 生 年 月 日	
		医療保険	種 別	協 管 ・ 組 合 ・ 日 雇 記 号			付 加 給 付	有 ・ 無
船 員 ・ 共 済 ・ 国 保 番 号								
被 保 険 者 (世帯主)			被 保 険 者 証 発 行 機 関					
添 付 書 類	受給者証及び被保険者証又は組合員証 保護者の所得の状況を証する書面 (省略可)				児 童 手 当 受 給 の 有 無	有 ・ 無		
同 意 書	私は、対象者の生計を主として維持しており、今後、受給資格の認定等に必要があるときは、公簿等により世帯員全員の必要な所得等の情報を確認することに同意します。 氏 名 印 対象者との続柄							
※決 定 欄	決 裁	町 長	副町長	課 長	係 長	主 査	係	
	決定年月日 年 月 日							
1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。								
2 次の理由により上記申請を却下する。								
却下理由								
※調 査 額 欄	年分所得額 (総所得金額・退職所得・山林所得・土地等に係る事業所得等・長期譲渡所得・短期譲渡所得の合計額) 円							
	扶養 控除対象配偶者及び扶養親族並びに児童	人 (うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族		人)				
	児童手当法施行令第3条第1項による控除額	80,000 円						
	雑損控除額	円	医療費控除額	円				
	小規模企業共済等掛金控除額	円	老年人・寡婦等・勤労学生控除額	円				
	障害者控除額	[障害者 人・特別障害者 人]						
控除後の所得額	円							
所得制限限度額	円							

(注) 申請者は、※欄は記入しないでください。

次の公簿等により確認しました。

確認資料 戸籍 住民基本台帳 税務資料 その他 ()

年 月 日 確認者 職 氏名

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 初 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> 子ども医療費受給者証 </div>			
公費負担者 番 号		受給者番号	
子 ど も	住 所		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
自 己 負 担	なし		
発 行 機 関 名 及 び 印	北海道紋別郡滝上町長		
交付年月日	年 月 日		

(備考) 日本工業規格 B 列 7 番 (91 mm×128 mm)

注 意 事 項
1. この証は、北海道内の保険医療機関等において診療の助成を受けられる対象であることを証明するものですので、大切に保管してください。 2. 保険医療機関等において診療を受ける場合は、医療保険の被保険者証（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、速やかにこの証を町長に返還してください。 4. 氏名、住所等に変更があったときは、14 日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。 5. 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 日以内に町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. 有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに町長に返還してください。 8. 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。
保険医療機関等の皆様へ
※診療報酬明細書の請求について ① 初 の初診時においては、医療保険と公費「90」、公費「91」の併用で請求してください。 なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は町で助成しますが、初診時一部負担金を公費「①」の負担金額欄へ記載してください。 ② 初 の初診時以外の月については、医療保険と公費「90」の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。 ③ 初 の小学生（児童）の入院・指定訪問看護においては、医療保険と公費「90」、公費「91」の併用で請求してください。 なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は町で助成しますが、初診時一部負担金を公費「①」の負担金額欄へ記載してください。 ④ 初 の小学生（児童）の入院外（通院）においては、医療保険と公費「92」の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。 ⑤ 中学生及び満 18 歳までの入院・入院外（通院）・指定訪問看護においては、医療保険と公費「92」の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">課</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">子ども医療費受給者証</div> </div>			
公費負担者 番 号		受給者番号	
子 ど も	住 所		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
自 己 負 担	な し		
発 行 機 関 名 及 び 印	北海道紋別郡滝上町長		
交 付 年 月 日	年 月 日		

(備考) 日本工業規格 B 列 7 番 (91mm×128mm)

注 意 事 項
<ol style="list-style-type: none"> 1. この証は、北海道内の保険医療機関等において診療の助成を受けられる対象であることを証明するものですので、大切に保管してください。 2. 保険医療機関等において診療を受ける場合は、医療保険の被保険者証（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、速やかにこの証を町長に返還してください。 4. 氏名、住所他に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。 5. 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日以内に町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ときは、再交付を受けてください。 7. 有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに町長に返還してください。 8. 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。
保険医療機関等の皆様へ
<p>※診療報酬明細書の請求について</p> <p>① 「課」の3歳から6歳未満（就学前）においては、医療保険と公費「90」、公費「91」の併用で請求してください。 なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は町で助成しますが、一部負担金を公費「①」の負担金額欄へ記載してください。</p> <p>② 「課」の小学生（児童）の入院・指定訪問看護においては、医療保険と公費「90」、公費「91」の併用で請求してください。 なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は町で助成しますが、一部負担金を公費「①」の負担金額欄へ記載してください。</p> <p>③ 「課」の小学生（児童）の入院外（通院）においては、医療保険と公費「92」の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。</p> <p>④ 中学生及び満18歳までの入院・入院外（通院）・指定訪問看護においては、医療保険と公費「92」の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。</p>

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 子ども医療費受給者証 </div>	
公費負担者 番 号	受給者番号
子 ど も	住 所
	氏 名
	生年月日
有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
自 己 負 担	なし
発 行 機 関 名 及 び 印	北海道紋別郡滝上町長
交付年月日	年 月 日

(備考) 日本工業規格 B列7番 (91mm×128mm)

注 意 事 項
1. この証は、北海道内の保険医療機関等において診療の助成を受けられる対象であることを証明するものですので、大切に保管してください。 2. 保険医療機関等において診療を受ける場合は、医療保険の被保険者証（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、速やかにこの証を町長に返還してください。 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町長にその旨を届け出てください。 5. 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日以内に町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. 有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに町長に返還してください。 8. 不正にこの証を使用した者は、刑罰により処分を受けます。
保険医療機関等の皆様へ ※診療報酬明細書の請求について ○ 一部負担金は町で助成しますので、医療保険と公費「92」の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

別記第3号様式

子ども医療費受給者証交付申請却下通知書

年 月 日

殿

滝上町長

印

年 月 日付の子ども医療費受給者証交付申請については、下記の理由により却下したので通知します。

記

理由：

〔教示〕

この処分不服がある場合には、行政不服審査法(平成26年法律第68号)第2条の規定により、この処分を知った日の翌日から起算して3箇月以内に、滝上町長に対して、文書で、審査請求をすることができます。

別記第4号様式

子ども医療費受給者台帳

受給者 (対象子ども)	(ふりがな)	性別	男・女	生年月日	年 月 日	住所		
	(変更後の氏名)	変更年月日・事由					(変更 . . .)	
保護者名		続柄		職業		変更後の住所	(変更 . . .)	
				勤務先			(変更 . . .)	
加入保険	被保険者	保険種別	記号番号		給付割合	事業所の名称	事業所の所在地	附加給付状況
		協・組・日 船・共・国	第	号				
		協・組・日 船・共・国	第	号				
		協・組・日 船・共・国	第	号				
受給資格者証交付・再交付・停止・変更						受給資格を有することとなった日	摘要	
年月日	区 分	事 由	年月日	区 分	事 由			
. .	交 付		. .	交 付				
. .	再 交 付		. .	再 交 付				
. .	再 交 付		. .	再 交 付				
. .	再 交 付		. .	再 交 付				
受給者番号	住 所	受給者(子ども)氏名	性別	生年月日	受給期間	保険種別	附加給付	
			男・女	. .	入院 入院外	協 組 日 船 共 国	停止	有・無

別記第5号様式

子ども医療費受給者番号払出簿

受給者番号	氏名	払出年月日	受給者番号	氏名	払出年月日	受給者番号	氏名	払出年月日
		・ ・			・ ・			・ ・
		・ ・			・ ・			・ ・
		・ ・			・ ・			・ ・
		・ ・			・ ・			・ ・
		・ ・			・ ・			・ ・
		・ ・			・ ・			・ ・
		・ ・			・ ・			・ ・
		・ ・			・ ・			・ ・
		・ ・			・ ・			・ ・
		・ ・			・ ・			・ ・
		・ ・			・ ・			・ ・
		・ ・			・ ・			・ ・
		・ ・			・ ・			・ ・
		・ ・			・ ・			・ ・
		・ ・			・ ・			・ ・
		・ ・			・ ・			・ ・

別記第6号様式

受 給 者 異 動 整 理 簿

(年 月 中)

住 所	氏 名	資 格 取 得						資 格 喪 失						変 更					
		0歳児			1～18歳			0歳児			1～18歳			氏 名	住 所	世 帯	世 帯 主	保 険 変 更	そ の 他
		出生	転入	他	出生	転入	他	死亡	転出	他	死亡	転出	18歳 (3月31日)						
																			～
																			～
																			～
																			～
																			～
																			～
																			～
																			～
																			～
																			～
																			～
																			～
																			～
																			～
本 月 中 異 動 計																			
前月末現在受給者数		一般()		退職()		国組()		社保()		合計()									
保険別本月中異動計		国() 組() 社()			国() 組() 社()			国() 組() 社()											
本月末現在受給者数		一般()		退職()		国組()		社保()		合計()									

別記第7号様式

子ども医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

滝上町長 殿

保護者 個人番号
住 所
氏 名 印

子ども医療費受給者証の再交付を受けたいので、滝上町子ども医療費の助成に関する条例施行規則第5条第1項の規定により申請いたします。

受給者番号		個人番号	
受給者	氏名	生年月日	平成 年 月 日
	住所	性別	男・女
再交付申請の事由 及びその年月日	<input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 () 平成 年 月 日		

※ 毀損及び汚損による場合には、当該毀損及び汚損した受給者証を添えること。

決 定	年 月 日決定	町長	副町長	課長	係長	主査	係
	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 不交付(理由:)						

別記第8号様式

子ども医療費支給申請書

年 月 日

滝上町長 様

保護者 個人番号

住 所 滝上町

氏 名

印

子ども医療費の支給を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

(年 月診療)

受 給 者	受給者証			<input type="checkbox"/> 一般診療 (医科・歯科・調剤) <input type="checkbox"/> 補装具 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	個人番号				
	住 所	滝上町			
	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
保 険	保険種別	国保 (一般・退職) 国組 協管 組健 日雇 船員 共済			
	保険者名		記号番号	資格取得日	・ ・
医 療 を 受 け た 病 院 等 及 び 診 療 の 内 容	名 称				<input type="checkbox"/> 入院
	所 在 地				<input type="checkbox"/> 入院外
	療養の期間	自 年 月 日	至 年 月 日	診療に要した費用	円
振 込 先	銀行・信金・農協 <input type="checkbox"/> 普通預金 口座番号: _____				
	支店・支所 <input type="checkbox"/> 当座預金 口座名義: _____				

- (添付書類) 1 被保険者証又は組合員証及び受給者証
2 医療費を確認できる書類 (領収書)

				区 分	<input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 初	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 課
診療日数	入院 日・通院 日	初診時一部負担金		回 円		
年 齢 区 分	<input type="checkbox"/> 0歳児 <input type="checkbox"/> 1歳児 <input type="checkbox"/> 2歳児 <input type="checkbox"/> 3歳児 <input type="checkbox"/> 4歳児					
	<input type="checkbox"/> 5歳児 <input type="checkbox"/> 6歳児 <input type="checkbox"/> 小学生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> その他 (18歳まで)					

上記申請に基づく医療費の支給額は、下記調書のとおりである。 (円)

費用額	保険者負担額	一部負担額	附加給付等	高額療養費	一部負担金	差引支給額
	7割 8割					

決 定	年 月 日決定	町 長	副町長	課 長	係 長	主 査	係
	<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 却下 (理由:)						

別記第9号様式

子ども医療費支給決定通知書

年 月 日

殿

滝上町長

印

年 月 日付で申請のあった子ども医療費の支給については、下記のとおり支給決定したので通知します。

記

受給者	氏名		住所	
支給決定額	円			
振込時期	年 月 (上旬・中旬・下旬)			
振込先	金融機関名			
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	口座番号		口座名義	

別記第10号様式

子ども医療費支給申請却下通知書

年 月 日

殿

滝上町長

年 月 日付の子ども医療費の支給申請については、下記の理由により却下したので通知します。

記

受 給 者	氏 名	住 所
却 下 の 理 由		

〔教示〕

この処分に不服がある場合には、行政不服審査法(平成26年法律第68号)第2条の規定により、この処分を知った日の翌日から起算して3箇月以内に、滝上町長に対して、文書で、審査請求をすることができます。

別記第11号様式

子ども医療費受給者証変更届

年 月 日

滝上町長 殿

届出者 住所
氏名
受給者との続柄

印

下記のとおり変更がありましたので、届け出ます。

受給者番号				個人番号			
受給者名						男・女	
		変更前	変更後	変更年月日			
受給者	住所			年 月 日			
	氏名			年 月 日			
保険者	名称			年 月 日			
	所在地			年 月 日			
保	被保険者又は世帯主名			年 月 日			
	記号・番号			年 月 日			
険	付加給付			年 月 日			
保	個人番号			年 月 日			
	住所			年 月 日			
	氏名			年 月 日			

- 〔添付書類〕 1 被保険者証又は組合員証
2 受給者証

処 理	<input type="checkbox"/> 受給者台帳整理 (. .)	<input type="checkbox"/> 受給者証訂正 (. .)
	<input type="checkbox"/> _____ (. .)	

決 定	年 月 日決定	町長	副町長	課長	係長	主査	係
	<input type="checkbox"/> 受理 <input type="checkbox"/> 不受理(理由:)						

子ども医療費受給資格喪失届

年 月 日

滝上町長 殿

届出者 住所
氏名 印
受給者との続柄

下記のとおり子ども医療費受給資格を喪失しましたので、届け出ます。

受 給 者	受給者番号		個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		性別	男・女
資格喪失事由		<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 医療保険喪失 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> 生保適用 <input type="checkbox"/> その他 ()		
異動年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日	
〔摘要〕				

〔添付書類〕 受給者証

処 理	<input type="checkbox"/> 受給者台帳整理 (. .) <input type="checkbox"/> 受給者証回収 (. .)
	<input type="checkbox"/> _____ (. .)

決 定	年 月 日決定	町長	副町長	課長	係長	主査	係
	<input type="checkbox"/> 受 理 <input type="checkbox"/> 不受理 (理由:)						

別記第13号様式

子ども医療費返還金処理簿

No.	受給者番号 受給者氏名		保 護 者 氏 名 住 所	返還請求 の事由 <input type="checkbox"/> 損害賠償 <input type="checkbox"/> 不正請求 <input type="checkbox"/> その他	事故等日 賠償受領額 ・ ・	医療費の 支給区分 <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 現物	診療月 支払月 ・	費用額 支給医療費 ・	返還請求日 請求金額 ・ ・	収入年月日 収入金額 ・ ・	処理方法 <input type="checkbox"/> 収入金 <input type="checkbox"/> 戻入金	摘要
				<input type="checkbox"/> 損害賠償 <input type="checkbox"/> 不正請求 <input type="checkbox"/> その他	・ ・	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 現物	・		・ ・	・ ・	<input type="checkbox"/> 収入金 <input type="checkbox"/> 戻入金	
				<input type="checkbox"/> 損害賠償 <input type="checkbox"/> 不正請求 <input type="checkbox"/> その他	・ ・	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 現物	・		・ ・	・ ・	<input type="checkbox"/> 収入金 <input type="checkbox"/> 戻入金	
				<input type="checkbox"/> 損害賠償 <input type="checkbox"/> 不正請求 <input type="checkbox"/> その他	・ ・	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 現物	・		・ ・	・ ・	<input type="checkbox"/> 収入金 <input type="checkbox"/> 戻入金	
				<input type="checkbox"/> 損害賠償 <input type="checkbox"/> 不正請求 <input type="checkbox"/> その他	・ ・	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 現物	・		・ ・	・ ・	<input type="checkbox"/> 収入金 <input type="checkbox"/> 戻入金	
				<input type="checkbox"/> 損害賠償 <input type="checkbox"/> 不正請求 <input type="checkbox"/> その他	・ ・	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 現物	・		・ ・	・ ・	<input type="checkbox"/> 収入金 <input type="checkbox"/> 戻入金	
				<input type="checkbox"/> 損害賠償 <input type="checkbox"/> 不正請求 <input type="checkbox"/> その他	・ ・	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 現物	・		・ ・	・ ・	<input type="checkbox"/> 収入金 <input type="checkbox"/> 戻入金	
				<input type="checkbox"/> 損害賠償 <input type="checkbox"/> 不正請求 <input type="checkbox"/> その他	・ ・	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 現物	・		・ ・	・ ・	<input type="checkbox"/> 収入金 <input type="checkbox"/> 戻入金	
				<input type="checkbox"/> 損害賠償 <input type="checkbox"/> 不正請求 <input type="checkbox"/> その他	・ ・	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 現物	・		・ ・	・ ・	<input type="checkbox"/> 収入金 <input type="checkbox"/> 戻入金	

別記第1号様式

別記第2号様式

別記第2号様式の2

別記第2号様式の3

別記第3号様式

別記第4号様式

別記第5号様式

別記第6号様式

別記第7号様式

別記第8号様式

別記第9号様式

別記第10号様式

別記第11号様式

別記第12号様式

別記第13号様式