

○厚岸町乳幼児等医療費の助成に関する条例施行規則

昭和48年10月11日

規則第17号

改正 平成3年7月1日規則第19号

平成6年10月1日規則第37号

平成6年12月30日規則第52号

平成8年3月29日規則第14号

平成14年4月1日規則第26号

平成14年10月1日規則第49号

平成15年6月27日規則第29号

平成16年10月1日規則第31号

平成17年9月30日規則第25号

平成18年3月31日規則第38号

平成18年9月29日規則第57号

平成19年8月1日規則第28号

平成20年3月31日規則第21号

平成20年10月1日規則第41号

平成20年12月30日規則第48号

平成24年5月30日規則第30号

平成26年5月30日規則第24号

平成27年12月30日規則第56号

平成28年3月31日規則第20号

平成28年7月29日規則第43号

(趣旨)

第1条 この規則は、厚岸町乳幼児等医療費の助成に関する条例（昭和48年厚岸町条例第20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。

(受給資格者の認定申請)

第2条 条例第4条の規定により、認定申請をしようとする者は、別記様式第1号により乳幼児等医療費受給資格認定申請書（以下「認定申請書」という。）に次の各

号に掲げる書類を添えて、申請しなければならない。

- (1) 医療保険各法による被保険者若しくは被扶養者であることを証する書類（以下「被保険者証等」という。）
- (2) 条例第2条第2号に規定する保護者（乳幼児等の生計を主として維持する者に限る。）の所得の状況を明らかにする書類
- (3) 条例第3条に規定する受給資格者の属する世帯員全員が市町村民税非課税の場合にあっては、それを確認できる書類。ただし、受給者が3歳未満（3歳児に達する日（誕生日の前日）の属する月の末日までの期間を含む。）の場合を除く。
- (4) その他町長が必要と認める書類

2 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、当該書類の添付を省略させることができるものとする。

（受給資格者の登録及び受給者証の交付）

第3条 町長は、前条の規定により認定したものについて別記様式第2号の乳幼児等医療費給付登録台帳（以下「登録台帳」という。）に登録し、別記様式第3号の乳幼児等医療費受給者証（以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

2 前項の受給者証は、受給資格者であると決定された日から最初に到来する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、この限りでない。

3 受給者証をき損又は亡失したときは、別記様式第4号の乳幼児等医療費受給者証再交付申請書を町長に提出し、再交付を受けなければならない。

（受給者証の提示）

第4条 受給資格者は、医療を受けるときは、医療機関等に受給者証に被保険者証等を添えて提示するものとする。

（助成の申請）

第5条 条例第6条に規定する助成の申請は、別記様式第5号による乳幼児等医療費助成申請書に医療機関等で発行する一部負担金等を領収したことを証明する書類を添えて、申請しなければならない。ただし、医療機関が助成金の請求をするときは、診療報酬明細書により行うものとするが、これにより請求をすることができないときは、別記様式第6号による乳幼児等医療費請求事務取扱手数料請求書兼支払決定

書に医療費請求内訳書（別紙）を添付して申請するものとする。

（助成額の決定）

第6条 町長は、前条の規定による申請があつたときは、審査のうえ支払額を決定し、別記様式第8号による乳幼児等医療費助成金支払通知書により当該申請者に通知する。

（条例第5条第2項に規定する額等）

第7条 条例第5条第2項に規定する額及び計算方法並びに負担区分等は、高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成19年政令第318号）第15条第3項（同項第2号に掲げる者については第1号を適用する。）に規定する額とする。

（受給資格の喪失及び受給者証の返還）

第8条 受給資格者が、次の各号のいずれかに該当するときは、その資格を喪失する。

- (1) 厚岸町に住所を有しなくなつたとき。
- (2) 死亡したとき。
- (3) 条例第3条ただし書に該当するに至つたとき。
- (4) 受給資格期間を経過したとき。

2 前項の規定のいずれかに該当するときは、保護者は別記様式第9号による乳幼児等医療費受給資格喪失届に受給者証を添え町長に提出しなければならない。

（変更の届出）

第9条 保護者は、次の各号のいずれかに該当するに至つたときは、乳幼児等医療費受給資格変更届（別記様式第10号）を町長に提出しなければならない。

- (1) 加入している医療保険に変更があつたとき。
- (2) 住所に変更があつたとき。
- (3) その他申請事項の内容に変更があつたとき。

（補則）

第10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、公布の日から施行し、昭和48年10月1日から適用する。

附 則（平成3年7月1日規則第19号）

この規則は、公布の日から施行し、平成3年8月1日以降の診療分にかかる医療費

から適用する。

附 則（平成6年10月1日規則第37号）

この規則は、平成6年10月1日から施行する。

ただし、様式第3号及び様式第5号の改正規定は、平成6年11月1日から施行する。

附 則（平成6年12月30日規則第52号）

この規則は、平成7年1月1日から施行する。

附 則（平成8年3月29日規則第14号）

1 この規則は、公布の日から施行する。

2 この規則の施行の際現に公布されているこの規則の改正前の様式による申請書等は、この規則による改正後の様式の申請書等とみなす。

附 則（平成14年4月1日規則第26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49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6月27日規則第29号）

（施行期日）

1 この規則は、平成15年10月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の際、平成15年9月30日以前に生まれた乳幼児に係る受給資格の有効期限は、改正後の第5条第2項の規定にかかわらず、当該乳幼児が6歳に達する日の属する月の末日までとする。

附 則（平成16年10月1日規則第31号）

この規則は、平成16年10月1日から施行する。

附 則（平成17年9月30日規則第25号）

この規則は、平成17年10月1日から施行する。

附 則（平成18年3月31日規則第38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29日規則第57号）

1 この規則は、平成18年10月1日から施行する。

- 2 この規則の施行日前に受けた医療に係る医療費の取り扱いについては、なお従前の例による。

附 則（平成19年 8 月 1 日規則第28号）

この規則は、平成19年 8 月 1 日から施行する。

附 則（平成20年 3 月31日規則第21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10月 1 日規則第41号）

- 1 この規則は、平成20年10月 1 日から施行する。
- 2 この規則の施行日前に受けた医療に係る医療費の取り扱いについては、なお従前の例による。

附 則（平成20年12月30日規則第48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 5 月30日規則第30号）

この規則は、平成24年 6 月 1 日から施行する。

附 則（平成26年 5 月30日規則第24号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成26年 6 月 1 日から施行する。
（経過措置）
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の各規則の様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（平成27年12月30日規則第56号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成28年 1 月 1 日から施行する。
（経過措置）
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の厚岸町乳幼児等医療費の助成に関する条例施行規則別記様式第 1 号、別記様式第 9 号及び別記様式第10号による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則（平成28年 3 月31日規則第20号）

この規則は、平成28年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成28年 7 月29日規則第43号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成28年 8 月 1 日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行日前に受けた医療に係る医療費の取扱いについては、なお従前の例による。

別記様式第1号(第2条関係)

乳幼児等医療費受給資格認定申請書

年 月 日

厚岸町長 様

(保護者) 住所
氏名 印
(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

次のとおり乳幼児等医療費受給者証の交付を申請します。

保 護 者		ふりがな		住所				
		氏名						
		男 女	年 月 日生					
				TEL ()				
		個人番号						
受 給 者 の 状 況	受 対 象 者 給 名	ふりがな						
		氏名						
	生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳)	年 月 日生 (満 歳)	年 月 日生 (満 歳)				
	個 人 番 号							
	保 護 者 と の 続 柄							
	保護者との同居、別居の別	同居 ・ 別居		同居 ・ 別居		同居 ・ 別居		
	父 の 氏 名							
	母 の 氏 名							
加入医療保険	保 険 種 別	協・組・日・船・共・国		記号番号			付加 給付	有・無
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名			所 在 地				
添 付 書 類	※ この申請に当たっては、「被保険者証」を添えること。							

別記様式第2号(第3条関係)

乳幼児等医療費給付登録台帳				受給資格証番号		交付年月日	
住 所		保 護 者 名		続柄	受給者氏名	生年月日	性別
							男・女
							男・女
							男・女
加入の健康保険	加 入 者	種 類	保 険 記号・番号	給付 割合	事業所の名称	事業所の所在地	
摘 要							
医療機関	受診年月	一部負担金	付加給付額	初診時負担額	助 成 額		

別記様式第3号(第3条関係)

その1

(表面)

【乳初】		乳幼児等医療費受給者証	
公費負担者番号		受給者番号	
乳幼児等	住所		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
有効期限		年 月 日から 年 月 日まで	
自己負担		なし	
発行機関名及び印		北海道厚岸郡厚岸町 厚岸町長 印	
交付年月日		年 月 日	

(備考) 日本工業規格 B列7番(91mm×128mm)

(裏面)

注 意 事 項

- この証は保険医療機関等で受診した場合、窓口で支払った自己負担金相当額分を町長から返還してもらう証ですから大切に保存してください。
 - 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に提出してください。
 - 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を厚岸町長に返してください。
 - 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて厚岸町長にその旨を届け出てください。
 - 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日以内に厚岸町長にその旨を届け出てください。
 - 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。
 - 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、速やかに厚岸町長に返してください。
 - 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
- 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。
 - 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。
 - 乳幼児等が初診時以外の月の受診については、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。
 - 就学中の入院外患者については、医療保険と公費「92」の併用で請求し、負担金額欄へは記載しないでください。

その2

(表面)

【乳課】		乳幼児等医療費受給者証	
公費負担者番号		受給者番号	
乳幼児等	住所		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
有効期限		年 月 日から 年 月 日まで	
自己負担		なし	
発行機関名及び印		北海道厚岸郡厚岸町 厚岸町長 印	
交付年月日		年 月 日	

(備考) 日本工業規格 B列7番(91mm×128mm)

(裏面)

注 意 事 項

- 1 この証は保険医療機関等で受診した場合、窓口で支払った自己負担金相当額分を町長から返還してもらう証ですから大切に保存してください。
 - 2 保険医療機関等において、診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口提出してください。
 - 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を厚岸町長に返してください。
 - 4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて厚岸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日以内に厚岸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、速やかに厚岸町長に返してください。
 - 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。
- 保険医療機関等の皆様へ
- ① 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。
 - ② 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、負担金額を公費「①」の負担金額欄へ記載してください。
 - ③ 就学中の入院外患者については、医療保険と公費「92」の併用で請求し、負担金額へは記載しないでください。
 - ④ 表面に「 月末までは、初診時一部負担金のみ」と記載の場合、初診時一部負担金を公費「①」に記載して請求してください。

その3

(表面)

乳幼児等医療費受給者証			
公費負担者番号		受給者番号	
乳幼児等	住所		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
有効期限	年 月 日から 年 月 日まで		
自己負担	なし		
発行機関名及び印	北海道厚岸郡厚岸町 厚岸町長 		
交付年月日	年 月 日		

(備考) 日本工業規格 B列7番(91mm×128mm)

(裏面)

注 意 事 項
1 この証は保険医療機関等で受診した場合、窓口で支払った自己負担金相当額分を町長から返還してもらう証ですから大切に保存してください。 2 保険医療機関等において、診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を必ず窓口提出してください。 3 受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を厚岸町長に返してください。 4 氏名、居住地に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて厚岸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日以内に厚岸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、速やかに厚岸町長に返してください。 8 不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。 <u>保険医療機関等の皆様へ</u> 診療報酬明細書の請求について ① 医療保険と公費「92」の併用で請求してください。 ② 医療保険の請求点数は「保険欄」に記載し、公費の一部負担金額欄への記載はしないでください。

別記様式第4号(第3条関係)

乳幼児等医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

厚岸町長 様

保護者 住 所
氏 名 ㊟
(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

次の理由により乳幼児等医療費受給者証の再交付を申請します。

記

受給対象者	住 所		公費負担者番号	
	氏 名		受給者番号	
理 由	1 破損した 2 汚損した 3 紛失した 4 その他 ()			

別記様式第5号(第5条関係)

乳幼児等医療費助成申請書

年 月 日

厚岸町長 様

住所
申請者 氏名 
(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

受給者	公費負担者番号		受給者番号		医療保険記号番号	
	住所					
診療内容	氏名		生年月日	年 月 日		
	入院・入院外の別		療養の期間	自 年 月 日 至 年 月 日		
	発病の原因				療養日数	日
	療養に要した費用		支払いした金額	円		

口座振込	金融機関名	銀行 信用金庫 店 店	口座種目	普通・当座
	口座名義		口座番号	

費用額	負担区分				
	他法負担	保険給付	付加給付	・初診時一部負担金 ・一割負担金	差引助成額

別記様式第6号(第5条関係)

その1

乳 幼 児 等 医 療 費 請求書 ㊤
請求事務取扱手数料

厚岸町長 様

内訳書を添付し下記のとおり請求します

請求年月日		年 月 日		医療機関 名称 住所 氏名		医療機関コード				
診療月		月 診療分								
請求	区分	件数	診療報酬請求点数合計 (公費負担分は含めない)	医療費 A	初診時一部負担金 B 初診回数 医科 580円 細菌科 510円 ×回数		1割負担額 C	請求金額 (A-B又は、A-C)	請求事務 取扱手数料	備考
	入院2割	件	点	円	回	円		円	円	
	入院2割 ㊤	件	点	円			円	円	円	
	入院3割	件	点	円	回	円		円	円	
	入院3割 ㊤	件	点	円			円	円	円	
	通院2割	件	点	円	回	円		円	円	
	通院2割 ㊤	件	点	円			円	円	円	
	通院3割	件	点	円	回	円		円	円	
	通院3割 ㊤	件	点	円			円	円	円	
	合計	件	点	円	回	円	円	円	円	

※注意していただきたいこと。

- 1 下敷きを使用してください。
- 2 数字はキレイに書いてください。
- 3 訂正はできませんから内訳書による集計は正確に。
- 4 請求期日はお守りください。毎月10日までです。
◎2枚目の請求書兼支払決定書には請求印を必ず押印してください。

その2

乳 幼 児 等 医 療 費 請求書兼支払決定書
請求事務取扱手数料

厚岸町長 様

内訳書を添付し下記のとおり請求します。

請求年月日		年 月 日		医療機関 名称 住所		医療機関コード				
診療月		月 診療分		氏 名				㊞		
請求	区分	件数	診療報酬請求点数合計 (公費負担分は含めない)	医療費 A	初診時一部負担金 B 初診回数 医 科 580円 ×回数 歯 科 510円		1割負担額 C	請求金額 (A-B又は、A-C)	請求事務 取扱手数料	備考
	入院2割	件	点	円	円			円	円	
	入院2割 ㊞	件	点	円			円	円	円	
	入院3割	件	点	円	円			円	円	
	入院3割 ㊞	件	点	円			円	円	円	
	通院2割	件	点	円	円			円	円	
	通院2割 ㊞	件	点	円			円	円	円	
	通院3割	件	点	円	円			円	円	
	通院3割 ㊞	件	点	円			円	円	円	
	合 計	件	点	円	円		円	円	円	

下記欄には記入しないで下さい。

	区分	件数	診療報酬請求点数合計 (公費負担分は含めない)	医療費 A	初診時一部負担金 B		1割負担額 C	請求金額 (A-B又は、A-C)	請求事務 取扱手数料	過誤調整	
					初診回数	医 科 580円 歯 科 510円 ×回数					
支払決定	入院2割	件	点	円	回	円		円	円	件	円
	入院2割 ㊞	件	点	円			円	円	円	件	円
	入院3割	件	点	円	回	円		円	円	件	円
	入院3割 ㊞	件	点	円			円	円	円	件	円
	通院2割	件	点	円	回	円		円	円	件	円
	通院2割 ㊞	件	点	円			円	円	円	件	円
	通院3割	件	点	円	回	円		円	円	件	円
	通院3割 ㊞	件	点	円			円	円	円	件	円
	合 計	件	点	円	回	円	円	円	円	件	円

その3

乳 幼 児 等 医 療 費 請 求 書 兼 支 払 決 定 通 知 書
請 求 事 務 取 扱 手 数 料

年 月 診療分を下記のとおり決定しましたので通知します。

年 月 日

厚 岸 町 長

医 療 機 関
名 称
住 所
氏 名

様

請 求	区 分	件 数	診療報酬請求点数合計 (公費負担分は含めない)	医 療 費 A	初診時一部負担金 B			1割負担額 C	請 求 金 額 (A-B又は、A-C)	請 求 事 務 取 扱 手 数 料	備 考
					初診回数	医 科 歯 科	580円 510円 ×回数				
求	入院2割	件	点	円	回		円		円	円	
	入院2割 ②	件	点	円				円	円	円	
	入院3割	件	点	円	回		円		円	円	
	入院3割 ②	件	点	円				円	円	円	
	通院2割	件	点	円	回		円		円	円	
	通院2割 ②	件	点	円				円	円	円	
	通院3割	件	点	円	回		円		円	円	
	通院3割 ②	件	点	円				円	円	円	
	合 計	件	点	円	回		円	円	円	円	

下記欄には記入しないで下さい。

支 払 決 定	区 分	件 数	診療報酬請求点数合計 (公費負担分は含めない)	医 療 費 A	初診時一部負担金 B			1割負担額 C	請 求 金 額 (A-B又は、A-C)	請 求 事 務 取 扱 手 数 料	過 誤 調 整	
					初診回数	医 科 歯 科	580円 510円 ×回数				件	円
支 払 決 定	入院2割	件	点	円	回		円		円	円	件	円
	入院2割 ②	件	点	円				円	円	円	件	円
	入院3割	件	点	円	回		円		円	円	件	円
	入院3割 ②	件	点	円				円	円	円	件	円
	通院2割	件	点	円	回		円		円	円	件	円
	通院2割 ②	件	点	円				円	円	円	件	円
	通院3割	件	点	円	回		円		円	円	件	円
	通院3割 ②	件	点	円				円	円	円	件	円
	合 計	件	点	円	回		円	円	円	円	件	円

別紙

乳 幼 児 等 医 療 費 請 求 内 訳 書 (控)

医療機関コード

															科				
診療月	受 給 者 証 番 号				乳幼児等氏名		課税有無		保 險 区 分		入 ・ 通 院 区 分				診療報酬請求総点数	初診時負担金・一部負担金			
・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・			・非課税 ・課 税	1 国	2 政	3 船	4 日	5 共	6 組	1 入院2割	2 入院3割	3 通院2割	4 通院3割	点	円
・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・			・非課税 ・課 税	1 国	2 政	3 船	4 日	5 共	6 組	1 入院2割	1 入院3割	2 通院2割	3 通院3割	点	円
・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・			・非課税 ・課 税	1 国	2 政	3 船	4 日	5 共	6 組	1 入院2割	2 入院3割	3 通院2割	4 通院3割	点	円
・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・			・非課税 ・課 税	1 国	2 政	3 船	4 日	5 共	6 組	1 入院2割	2 入院3割	3 通院2割	4 通院3割	点	円
・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・			・非課税 ・課 税	1 国	2 政	3 船	4 日	5 共	6 組	1 入院2割	2 入院3割	3 通院2割	4 通院3割	点	円
・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・			・非課税 ・課 税	1 国	2 政	3 船	4 日	5 共	6 組	1 入院2割	2 入院3割	3 通院2割	4 通院3割	点	円
・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・			・非課税 ・課 税	1 国	2 政	3 船	4 日	5 共	6 組	1 入院2割	2 入院3割	3 通院2割	4 通院3割	点	円

※ 内訳書作成についてのお願い。 1 この内訳書は、レセプトごとに作成してください。

2 保険区分、入通院区分はそれぞれ○で囲んで下さい。

計	診療報酬請求総点数	初診時一部負担金	一 割 負 担 額
	点	円	円

別紙

乳 幼 児 等 医 療 費 請 求 内 訳 書

医療機関コード

										科	
診療月	受 給 者 証 番 号	乳幼児等氏名	課税有無	保 険 区 分		入 ・ 通 院 区 分				診療報酬請求総点数	初診時負担金・一部負担金
・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・		・非課税 ・課 税	1 2 3 4 5 6	国 政 船 日 共 組	1 入院2割	2 入院3割	3 通院2割	4 通院3割	点	円
・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・		・非課税 ・課 税	1 2 3 4 5 6	国 政 船 日 共 組	1 入院2割	2 入院3割	3 通院2割	4 通院3割	点	円
・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・		・非課税 ・課 税	1 2 3 4 5 6	国 政 船 日 共 組	1 入院2割	2 入院3割	3 通院2割	4 通院3割	点	円
・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・		・非課税 ・課 税	1 2 3 4 5 6	国 政 船 日 共 組	1 入院2割	2 入院3割	3 通院2割	4 通院3割	点	円
・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・		・非課税 ・課 税	1 2 3 4 5 6	国 政 船 日 共 組	1 入院2割	2 入院3割	3 通院2割	4 通院3割	点	円
・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・		・非課税 ・課 税	1 2 3 4 5 6	国 政 船 日 共 組	1 入院2割	2 入院3割	3 通院2割	4 通院3割	点	円
・ ・ ・	・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・		・非課税 ・課 税	1 2 3 4 5 6	国 政 船 日 共 組	1 入院2割	2 入院3割	3 通院2割	4 通院3割	点	円

※ 内訳書作成についてのお願い。 1 この内訳書は、レセプトごとに作成してください。

2 保険区分、入通院区分はそれぞれ○で囲んで下さい。

計	診療報酬請求総点数	初診時一部負担金	一 割 負 担 額
	点	円	円

第 号
年 月 日

厚岸町長



次のとおり乳幼児等医療費の助成額を決定しましたので通知します。

1.	決 定 額	金	円
2.	支払年月日	年	月 日
3.	支 払 方 法		

- 1 この決定(以下「処分」といいます。))について不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、厚岸町長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、厚岸町を被告として(訴訟において厚岸町を代表する者は厚岸町長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

別記様式第9号(第8条関係)

乳幼児等医療費受給資格喪失届

年 月 日

厚 岸 町 長 様

届出人 住所

氏名



(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

個人番号

次の理由により、乳幼児等医療費の受給資格が喪失しましたので届出します。

記

受 給 者	公費負担 者 番 号		受給者 番 号	
	氏 名			
	個人番号			
理 由	1 他市町村に転出するため (. . .)			
	2 死亡したため			
	3 健康保険等の被保険者でなくなったため			
	4 児童福祉施設に入所したため			
	5 受給資格年齢が経過したため			

別記様式第10号(第9条関係)

乳幼児等医療費受給資格変更届

年 月 日

厚岸町長 様

届出人住所
(保護者)氏名 
(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

次のとおり(受給資格)に変更がありましたので届出します。

記

受給対象者								公費負担者番号		
								受給者番号		
個人番号										
住所	新								変更 年 月 日	
	旧									
氏名	新								変更 年 月 日	
	旧									
加入 保険	新	種類		保険 者名		記号 番号		変更 年 月 日		
	旧									
	新	付加 給付の有無			付加 給付の内容			変更 年 月 日		
	旧									
保 護 者	住所	新								変更 年 月 日
		旧								
	氏名	新	個人番号							変更 年 月 日
		旧	個人番号							

別記様式第1号（第2条関係）

別記様式第2号（第3条関係）

別記様式第3号（第3条関係）

別記様式第4号（第3条関係）

別記様式第5号（第5条関係）

別記様式第6号（第5条関係）

別記様式第7号 削除

別記様式第8号（第6条関係）

別記様式第9号（第8条関係）

別記様式第10号（第9条関係）