

改正

平成16年12月20日条例第28号

平成18年3月15日条例第6号

平成19年3月19日条例第4号

平成19年12月20日条例第19号

平成21年3月13日条例第5号

平成21年9月17日条例第19号

平成27年3月11日条例第9号

令和4年6月15日条例第14号

益城町子ども医療費助成に関する条例

益城町乳幼児医療費補助に関する条例（昭和58年益城町条例第20号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この条例は、子どもの疾病の早期治療を促進し、その健康の保持及び健全な育成と子育て支援を図るため、子どもの医療費の一部負担金に対して助成することについて必要な事項を定めるものとする。

（定義）

第2条 この条例において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- （1） 子ども 満18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあるすべての者をいう。
- （2） 社会保険各法 次に掲げる法律をいう。
 - ア 健康保険法（大正11年法律第70号）
 - イ 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
 - ウ 船員保険法（昭和14年法律第73号）
 - エ 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
 - オ 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
 - カ 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
- （3） 医療費 社会保険各法に規定する保険給付の対象となる費用（入院時食事療養費及び交通事故等により第三者からの賠償として支払われる医療費は除く。）をいう。
- （4） 一部負担金 医療費から社会保険各法の規定により給付される療養費を控除した額（入院

時食事療養費、高額療養費、附加給付金及び他の法令等の規定により公費負担金がある場合は、その額を控除した額)をいう。

(5) 保護者 親権を行う者、後見者その他の者で子どもを被扶養者としている者をいう。

(助成対象者)

第3条 第1条に規定する医療費の助成対象となる者(以下「助成対象者」という。)は、社会保険各法による被保険者又は被扶養者であつて、町内に住所を有する子どもとする。

2 前項の規定にかかわらず、次のいずれかに該当する者は対象としない。ただし、第2号から第7号に該当する場合で、当該各号に規定する公費負担金を控除してもなお、一部負担金があるときは、助成対象者とすることができる。

(1) 生活保護法(昭和25年法律第144号)による保護を受けているとき。

(2) 障害者自立支援法施行令(平成18年政令第10号)第1条に規定する育成医療の給付を受けているとき。

(3) 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第20条に規定する療育医療の給付を受けているとき。

(4) 母子保健法(昭和40年法律第141号)第20条に規定する養育医療の給付を受けているとき。

(5) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)第37条第1項又は、第37条の2第1項に規定する医療の給付を受けているとき。

(6) 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第19条の2に規定する小児慢性特定疾病医療費の給付を受けているとき。

(7) 昭和48年4月17日衛発第242号厚生省公衆衛生局長通知による特定疾患治療研究事業の医療の給付を受けているとき。

(助成の範囲)

第4条 第1条に規定する医療費の一部負担金の助成額は、子ども医療に要した一部負担金とする。ただし、社会保険各法に規定する高額療養費及び家族療養附加金等の給付金があるときは、一部負担金からその額を控除した額とする。

(受給資格の認定)

第5条 保護者が助成を受けようとするときは、受給資格の認定について町長に申請しなければならない。

2 町長は、前項の規定に基づき、この条例に定める子ども医療費の助成対象と認定したときは、保護者に受給者証を交付するものとする。

(助成の申請)

第6条 保護者は、第4条の規定による助成を受けようとするときは、町長に申請しなければならない。ただし、町が保護者に代わり助成の支払を審査支払機関に委託している場合は、この限りでない。

2 前項の申請は、保険医療機関において診療を受けた日の属する月の末日から起算して6月を経過した日以後においてはすることができない。ただし、養育医療費の自己負担金については、この限りでない。

(委託)

第6条の2 町は、助成金の支払を健康保険法第76条第5項に定める審査支払機関に委託することができる。

(受給資格の喪失)

第7条 助成対象者が次のいずれかに該当するときは、その資格を喪失するものとする。

- (1) 益城町に住所がなくなったとき。
- (2) 死亡したとき。
- (3) 第3条第1項の規定に該当しなくなったとき。

(不当利得の返還)

第8条 町長は、偽りその他不正の手段により医療費の支給を受けた者があるときは、その者からその支給を受けた額に相当する金額又はその一部を返還させることができる。

(委任)

第9条 この条例の施行に関し必要な事項は、規則で定める。

附 則

この条例は、公布の日から施行し、改正後の規定は平成12年4月1日以後の診療に係る医療費から適用する。

附 則 (平成16年12月20日条例第28号)

- 1 この条例は、平成17年4月1日から施行する。
- 2 改正後の益城町乳幼児医療費助成に関する条例の規定は、平成17年4月1日以後の診療に係る医療費から適用する。

附 則 (平成18年3月15日条例第6号)

この条例は、公布の日から施行し、改正後の規定は、平成18年4月1日以後の診療に係る医療費から適用する。

附 則 (平成19年3月19日条例第4号)

(施行期日)

- 1 この条例は、平成19年4月1日から施行する。ただし、第3条第2項第2号及び同項第3号の改正規定は、平成18年4月1日から施行する。

(適用区分)

- 2 改正後の益城町乳幼児医療費助成に関する条例第2条の規定は、平成19年7月1日以後の診療に係る医療費から適用する。

附 則 (平成19年12月20日条例第19号)

この条例は、平成20年4月1日から施行し、平成20年4月1日以後の診療に係る医療費から適用する。

附 則 (平成21年3月13日条例第5号)

この条例は、平成21年4月1日から施行し、改正後の規定は、平成21年6月1日以後の診療に係る医療費から適用する。

附 則 (平成21年9月17日条例第19号)

この条例は、平成22年4月1日から施行し、平成22年4月1日以後の診療に係る医療費から適用する。

附 則 (平成27年3月11日条例第9号)

この条例は、公布の日からから施行し、改正後の益城町子ども医療費助成に関する条例の規定は、平成27年1月1日から適用する。

附 則 (令和4年6月15日条例第14号)

この条例は、令和4年10月1日から施行し、令和4年10月1日以後の診療に係る医療費から適用する。

改正

平成4年3月18日規則第6号

平成12年3月30日規則第5号

平成16年1月26日規則第4号

平成16年8月6日規則第34号

平成18年3月15日規則第8号

平成19年3月19日規則第9号

平成19年12月20日規則第24号

平成20年9月29日規則第21号

平成21年3月13日規則第2号

平成28年3月29日規則第8号

平成29年12月28日規則第24号

令和2年3月31日規則第20号

令和5年11月16日規則第34号

益城町子ども医療費助成に関する条例施行規則

益城町0歳児医療費補助に関する条例施行規則(昭和48年益城町規則第9号)の全部を改正する。

(認定申請及び受給資格付与)

第1条 益城町子ども医療費助成に関する条例(平成12年益城町条例第15号。以下「条例」という。)

第5条の規定により受給資格の認定を受けようとする者は、子ども医療費受給者資格申請書(別記第1号様式)に次の各号に掲げる書類を添えて町長に提出しなければならない。ただし、町長が添付書類により証明すべき事実関係を公簿等によって確認できるときは、当該書類を省略することができる。

(1) 条例第2条第1号に規定する子どもが、同条第2号に規定する社会保険各法による被保険者又は被扶養者であることを証する被保険者証

(2) 受給資格の認定を受けようとする者及びその者と同一世帯の者の市町村民税を証する書類

2 受給資格は、町長の認定した日から取得するものとする。

(受給者証及び登録)

第2条 町長は、前条の規定による受給者の認定をしたときは、子ども医療費受給者証(別記第2

号様式)を交付するものとし、その登録にあたっては、別記第1号様式を準用する。

(医療費の支払)

第2条の2 条例第6条に規定する子ども医療費助成の申請があった場合の申請内容の審査及び支払に関する事務は、熊本県国民健康保険団体連合会又は熊本県社会保険診療報酬支払基金に委託して行うものとする。

(医療費支払の特例)

第2条の3 受給者は、前条の医療費の支払において、次の各号のいずれかに該当する場合には、町長に申請しなければならない。

- (1) 熊本県以外の保険医療機関等で療養を受けた場合
- (2) 入院による療養を受けた場合
- (3) 医療保険各法に規定する療養費の支給、移送費の支給又は家族移送費の対象となる療養等を受けた場合
- (4) 母子保健法(昭和40年法律第141号)に基づく療育医療の給付の対象となる療養等を受け、かつ、同法第21条の4第1項の規定により受給者が費用を徴収されることとなる場合
- (5) その他町長が必要があると認めた場合

(助成の申請等)

第3条 受給者は、前条の規定による助成を受けようとするときは、子ども医療費給付金請求書(別記第3号様式)を町長に提出しなければならない。

(助成額の決定)

第4条 町長は、前条の規定による申請があったときは、審査のうえ助成額を決定し、子ども医療費助成決定通知書(別記第4号様式)により当該申請者に通知するものとする。

(届出の義務)

第5条 受給者は、条例第7条の規定によりその資格を喪失したときは、速やかに子ども医療費受給者証を町長に返還しなければならない。

2 受給者は、次の各号のいずれかに該当するに至ったときは、子ども医療費受給資格変更届(別記第5号様式)を町長に提出しなければならない。

- (1) 加入している保険証の変更があったとき。
- (2) 助成対象の住所に変更があったとき。
- (3) その他、届出事項に変更があったとき。

(受給者証の再交付申請)

第6条 受給者証を破損し、又は亡失したことにより受給者証の再交付を受けようとするときは、子ども医療費受給者証再交付申請書（別記第6号様式）を町長に提出しなければならない。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成4年3月18日規則第6号）

この規則は、平成4年4月1日から施行する。

附 則（平成12年3月30日規則第5号）

この規則は、平成12年4月1日から施行する。

附 則（平成16年1月26日規則第4号）

この規則は、平成16年4月1日から施行する。

附 則（平成16年8月6日規則第34号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成18年3月15日規則第8号）

この規則は、公布の日から施行し、改正後の規定は、平成18年4月1日以後の診療に係る医療費から適用する。

附 則（平成19年3月19日規則第9号）

この規則は、平成19年4月1日から施行し、改正後の規定は、平成19年7月1日以後の診療に係る医療費から適用する。

附 則（平成19年12月20日規則第24号）

この規則は、平成20年4月1日から施行し、平成20年4月1日以後の診療に係る医療費から適用する。

附 則（平成20年9月29日規則第21号）

この規則は、平成20年10月1日から施行する。

附 則（平成21年3月13日規則第2号）

- 1 この規則は、平成21年4月1日から施行する。
- 2 第2条の2の規定は、平成21年6月1日以降に受けた療養について適用し、平成21年5月31日以前に受けた療養については、なお従前の例による。
- 3 この規則による改正前の益城町子ども医療費助成に関する条例施行規則に定める様式は、当分の間、所要の調整をして使用することができるものとする。

附 則（平成28年3月29日規則第8号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成29年12月28日規則第24号）

この規則は、平成30年1月1日から施行する。

附 則（令和2年3月31日規則第20号）

この規則は、令和2年4月1日から施行する。

附 則（令和5年11月16日規則第34号）

この規則は、公布の日から施行する。

別記第1号様式（第1条関係）

			受給者番号					
決 裁	課長	係長	係	受付	年	月	日	
				決定	年	月	日	
				有効期間	年	月	日～年	月

子ども医療費受給者資格申請書

年 月 日

益城町長様

受給者 住所 益城町大字
 ふりがな
 氏名 _____ 印

生年月日 _____ 年 月 日

個人番号

電話番号 (昼間連絡先) _____

配偶者氏名 _____ 印
 (同意者)

個人番号

子ども医療費助成を受けたいので、下記のとおり申請します。
 なお、受給資格の認定及び助成額の決定に際して、益城町が公簿等により市町村民税に関する情報を確認することに同意します。

	氏名	生年月日	性別
ふりがな			
対象者		年 月 日	男・女

加入している 健康保険	記号	保険者の番号	
	番号	保険者の名称	
	被保険者氏名	勤務先名	(電話番号)
	()		

子ども医療費の支給の際、下記金融機関の預金口座に振り込んでください。

金融機関名	種別	口座番号 (右詰め)
銀行 信用金庫 農協	本店・支店 本所・支所	普通
※ゆうちょ銀行の場合	-	

	年度	年度	年度	年度	年度	年度	年度	年度
課税台帳 確認	所得限度額()	所得限度額()	所得限度額()	所得限度額()	所得限度額()	所得限度額()	所得限度額()	所得限度額()
	課・非課	課・非課	課・非課	課・非課	課・非課	課・非課	課・非課	課・非課
多子該当								

子ども医療費受給者証					
公費負担番号					
受給者番号					
受給者	氏名				
	住所				
子ども	ふりがな				
	氏名				
	生年月日			性別	
資格取得日					
有効期限					
(注)県内の保険医療機関での外来診療のみ利用できます。					
					公 印

熊本県上益城郡益城町長

公 印

登録されている保険証内容	
被保険者名	
保険者名	
記号番号	
<p>現物給付を受けられる際は、必ず健康保険証と併せて医療機関の窓口にてご提示ください。加入している健康保険証が上記の内容と異なる場合は、医療機関で、子ども医療費受給者証がご利用いただけませんので、益城町役場において保険変更の手続きを行ってください。</p>	
<p>【県内保険医療機関・保険薬局へのお願い】</p> <p>益城町においては、医療費の給付・審査及び支払いに関する事務は、熊本県国民健康保険団体連合会・熊本県社会保険診療報酬支払基金に委託しています。</p> <p>よって、診療報酬明細書に公費負担番号及び受給者番号を付して子ども医療費の請求をしてください。</p> <p>*対象年齢は満15歳の年度末まで（義務教育修了前）です。左記の有効期限をご確認ください。</p> <p>*自己負担はありません（一部負担金の全額を助成します）。</p> <p>*他の公費に該当する場合は他法優先となります。残りの自己負担分を子ども医療（80公費）で請求してください。</p>	
<p>入院・県外医療機関・その他（柔整・装具等）の償還払いの手続きについては裏面をご覧ください。</p>	

注 意 事 項	
1. 受給者証	この証は、子ども医療費の助成を受けられることを証明する証ですから大切に保管して、破ったり汚したりしないようにしてください。
	町外へ転出するときは、この受給者証を速やかに返却してください。転出後の助成は受けられません。
2. 届出が必要なとき	(1) 住所・氏名に変更があったとき。 (2) 健康保険証・届出口座に変更があったとき。 (3) 生活保護を受けるようになったとき。 (4) その他届出事項に変更があったとき。
3. 医療費助成の範囲	保険診療による医療費（調剤費も含む）の一部負担金相当額
4. 助成できないもの	(1) 健康保険が適用されないもの (入院時の室料差額、健診、予防接種、薬の容器代など) (2) 入院の場合で高額療養費、附加給付金に該当する部分 (3) 入院時の食事療養費（標準負担額） また、ひとり親家庭等医療制度との併用はできません。
5. 災害共済給付について	学校等管理下での災害による診療の場合で、災害共済給付の対象となる場合は、子ども医療費助成対象となりません。 子ども医療において現物給付（無料受診）を受けた場合は、子ども医療費助成額相当分を返納してください。

6. 現物給付について	県内の保険医療機関等で受診する際は、必ずこの受給者証と健康保険証を医療機関窓口にて提示してください。
7. 償還払いについて	助成金の請求をするときは、役場こども未来課へ以下のものを持参ください。 (1) 印鑑（スタンプ印不可） (2) 子ども医療費受給者証 (3) 子ども医療費給付金請求書（医療機関発行の領収証貼付又は証明 [※] ） (4) 高額療養費に該当する場合は、高額療養費支給決定通知書等 (5) 家族療養附加金の給付がある場合は、家族療養附加金支給決定通知書等 (6) 治療用装具等の場合は、診断書（指示書）・購入時の領収証・療養費支給決定通知書等 ※柔整等の場合は保険点数に代えて保険診療の総医療費の記載があること。
◆請求できる期間は、診療を受けた月の翌月から6か月以内です。受付期間を過ぎたものについては助成できません。	
◆同じ月に受診した分はまとめて請求してください。翌以降の追加請求は助成できません。	
◆役場閉庁時の受付はできません。	
各手続きには、受給者証・印鑑・健康保険証等が必要です。	

子ども医療費給付金請求書

受付年月日

年 月 日

請求者の記入欄	益城町長 様		
	保護者（受給者）住所 益城町 _____		
	氏名 _____ 印		
	電話番号 _____ (昼間連絡先)		
子ども医療費の支給を受けたいので、下記のとおり（ ）月分を請求します。			
対象者氏名	_____	受給者番号	_____
生年月日	年 月 日	健康保険名	_____

領収証（医療機関証明可）

※保険診療の対象額を記入してください

領収証貼付欄 (医療機関の記入欄)	診療月	年 月分	患者氏名	
	診療区分	1 入院	2 外来	3 歯科
診療日数	日	左記のとおり領収しました。 年 月 日 医療機関コード 所在地 名称 ㊦ 電話番号		
診療総点数	点			
院外処方	有・無			
診療報酬一部負担金受領額 (入院時食事療養費に係る定額負担金を除く)	円			
院外処方有りのとき	左記のとおり領収しました。 年 月 日 調剤薬局コード 所在地 名称 ㊦ 電話番号			
処方回数				日
保険内合計点数				点
				円

備考欄	_____
-----	-------

年 月 日

様

熊本県上益城郡益城町長 印

益城町医療費助成決定通知書

【子ども医療】

先に申請のありました医療費助成については、次のとおり決定しましたので通知します。

決 定 額					千	百	拾	万	千	百	拾	円
支私予定日	年 月 日											
支私方法	口座払い											
口 座												

支給対象医療費

診療月	医 療 機 関 名 (申 請 者 名)	助 成 対 象 者 氏 名		助 成 額
		高 額 療 養 費	附 加 給 付 額	自 己 負 担 額

受 付 年 月 日	
-----------------------	--

子ども医療費受給資格変更届

益城町長 様 受給者 住 所 益城町 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____ (昼間連絡先) _____ 手続きに来た人 _____	令和 年 月 日				
受給者番号		対象者氏名		生年月日	

下記のとおり変更になりましたのでお届けします。
 また、受給資格変更に際して、益城町が公募等により市町村民税に関する情報を確認することに同意します。

変更事項	変 更 前	変 更 後
住 所	益城町大字	益城町大字
ふりがな 受給者名		※ 転入の場合のみ以下も記入 (1月1日時点での住所) 個人番号
ふりがな 対象者氏名		
加入している健康保険	資格取得日 (認定日・交付日) 令和 年 月 日	被保険者氏名 ()
	保 険 者 番 号	記 号 番 号
		勤務先 (電話番号)
		保 険 者 名 称
		所 在 地
銀行口座 (月～)	金 融 機 関 名	種 別 口 座 番 号
	銀 行 本店・支店 信用金庫 本所・支所 農 協	普通
	※ゆうちょ銀行の場合	—
	口座名義人 (ふりがな)	電算入力 台帳

年 月 日

益城町長 様

申請者（受給者）

住 所 益城町

氏 名 印

子ども医療費受給者証再交付申請書

このことについて、医療費受給者証を破損亡失したので再交付くださるよう申請します。

記

受給者番号

対象者氏名

生年月日