

上尾市子ども医療費支給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6年11月28日

上尾市長 畠山 稔

上尾市規則第57号

上尾市子ども医療費支給条例施行規則の一部を改正する規則

上尾市子ども医療費支給条例施行規則（昭和48年上尾市規則第16号）の一部を次のように改正する。

第2条第1項第1号を次のように改める。

(1) 当該子どもが医療保険各法に規定する被保険者、組合員、加入者又は被扶養者であることを証する書類の写し

第5条第4項中「保護者」を「受給資格者」に改める。

第1号様式を次のように改める。

こども医療費受給資格認定申請書

（宛先）上尾市長

次のとおり、受給資格認定申請をします。また、上尾市こども医療費支給条例施行規則に基づく認定や支給の事務を行うため、必要な範囲内で公簿の調査や個人番号に基づく情報の取得を行うことに同意します。

申請年月日	年	月	日																					
申請者	氏名				住所										個人番号									
	フガナ																							
	生年月日				こどもとの続柄					転入日（転入の場合のみ）					電話番号									
年 月 日				父・母・他（ ）					年 月 日					自宅・携帯（父・母・他（ ））										
こども	氏名				生年月日		住所		転入日		保険資格取得日		資格決定事由		資格決定日		受給者番号							
	フガナ				年 月 日		・同上 ・他		年 月 日		・出生年月日 ・他		出生・転入 保護者変更 他（ ）		年 月 日									
	個人番号																							
	フガナ				年 月 日		・同上 ・他		年 月 日		・出生年月日 ・他		出生・転入 保護者変更 他（ ）		年 月 日									
	個人番号																							
フガナ				年 月 日		・同上 ・他		年 月 日		・出生年月日 ・他		出生・転入 保護者変更 他（ ）		年 月 日										
個人番号																								
上記の申請者名義の振込口座	金融機関名				支店名																			
	銀行 信用金庫 農協				本店																			
	金融機関コード				店番号		種別		口座番号						記号		番号							
					普								被保険者・世帯主等の氏名											
													保険者番号											
名義人氏名（カタカナ）※姓と名の間は、1マス空けてください。																								
受給者番号 氏名 生年月日																								
<input type="checkbox"/> こども医療の（ 年 月 日）と同じ口座で登録する。 認定番号 又は 受付番号																								
<input type="checkbox"/> 児童手当（ ）と同じ口座で登録する。																								
備考																								

第4号様式を次のように改める。

第4号様式(第3条関係)

子ども医療費受給資格証再交付申請書

年 月 日

(宛先)

上尾市長

次の理由により、子ども医療費受給資格証の再交付を申請します。

申請者

受給資格者氏名	
住 所	上尾市
電 話 番 号	() ー

対象となる子ども

	受 給 者 番 号	氏 名	生 年 月 日
1			年 月 日
2			年 月 日
3			年 月 日
4			年 月 日

再 交 付 の 理 由	<input type="checkbox"/> 損傷 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他()
-------------	---

第5号様式中「保険組合名称」を「名称」に改める。

第6号様式中「保険証の記号番号」を「記号番号」に、「保険組合名称」を「名称」に、「保険組合の電話番号」を「電話番号」に改める。

第7号様式を次のように改める。

年 月 日

(宛先)

上尾市長

対象となる子ども	受給者番号									
	フリガナ									
	氏名									
	生年月日				年			月		日
	診療年月				年			月	診療分	
加入医療保険	記号番号	記号			番号					
	保険者番号									
	名称									
	電話番号	()								

医療機関記入欄	《請求内容》 総合病院の診療科：小児・小児外・外・皮・眼・他()									
	診療年月				年				月分	公費負担がある場合…他法負担点数_____点
	入院外来の別	0 外来 1 入院								
	入院した日数			日						
	保険診療総点数								点	(円)
	請求する保険診療一部負担金								円	
	領収した保険診療一部負担金								円	
	県コード	医療機関コード(7ケタ)			区分	処	年 月 日			
							(医療機関)所在地			
							名称			
						電話番号				

第10号様式を次のように改める。

第10号様式(第8条関係)

こども医療費受給資格証返還届

年 月 日

(宛先)

上尾市長

住所 上尾市

申請者

氏名

電話

次の理由により、こども医療費受給資格証返還の届出をします。

(資格証添付欄)

返還理由(○で囲んでください。)

転出

死亡

保護者の変更

ひとり親家庭等医療への変更

重度心身障害者医療への変更

生活保護開始

その他

()

事由発生日

年 月 日

資格証持参でないとき

1 こどもの氏名

生年月日

受給者番号

2 こどもの氏名

生年月日

受給者番号

3 こどもの氏名

生年月日

受給者番号

附 則

(施行期日)

1 この規則は、令和6年12月2日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際、現に提出されているこの規則による改正前の上尾市子ども医療費支給条例施行規則の様式（以下「旧様式」という。）による書類は、この規則による改正後の上尾市子ども医療費支給条例施行規則の様式によるものとみなす。

3 この規則の施行の際、現に存する旧様式による用紙については、当分の間、これに所要の修正を加え、なお使用することができる。