

第 4 号様式の 2 (第 4 条関係)

乳幼児医療費請求書 (現物・連記用)

請求日 平成 年 月 日

越 谷 市 長 宛

医療機関等
所在地 越谷市

県コード	医療機関コード	コード
1 1		

名 称
電 話 ()
氏 名 印

下記のとおり乳幼児医療費を請求します。

請求金額		円		請求ページ		
資格証番号 (6 ケタ)	乳幼児名 生年月日	診 療 年 月	入 院 外 来 日 数	保険診療総点数 ここまで点数で記入 ▼	他法負担分 点 数	保 険 診 療 一部負担金
1			1 2			円
2			1 2			円
3			1 2			円
4			1 2			円
5			1 2			円
6			1 2			円
7			1 2			円
8			1 2			円
9			1 2			円
10			1 2			円
小計	件 (入院件数) (外来件数)					円
合計	件 (入院件数) (外来件数)					円

※	診 療 区 分	支 払 平 成 年 月 日	処理 NO
処 理 欄	0 1 2 3 医 歯 調 療 科 科 剤 院	通 知 平 成 年 月 日	

- (注) 1 機械で処理を行いますので、数字項目は必ず右詰でご記入をお願いします。
 2 入院または外来の該当番号に○印をつけてください。
 3 高額療養費該当の場合、一部負担金の額は高額療養費を除いた額となります。
 4 他方負担分点数欄は、結核予防法等公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
 5 請求受付は、診療月の翌月 1 日から 20 日までとなり、診療翌々月の月末振込みになります。
 21 日以降の請求は、1 カ月遅れの振込みになります。

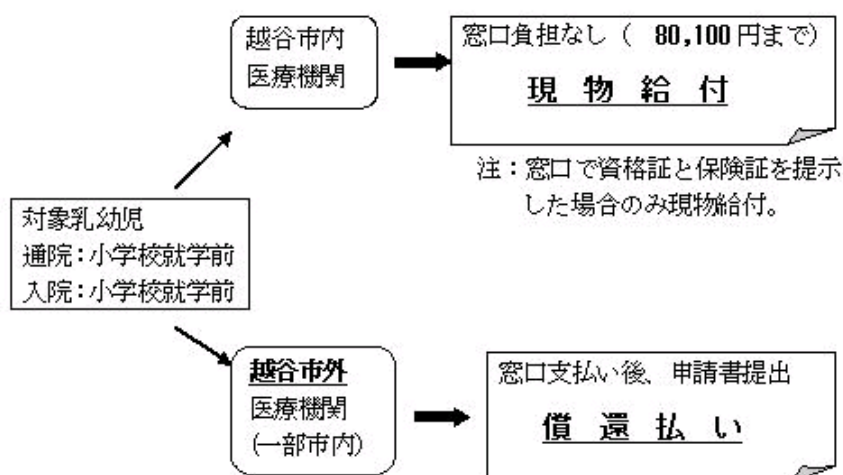
乳幼児医療費請求書（現物・連記用）

請求ページ

1	資格証番号 (6ケタ)	乳幼児名 生年月日	診療 年 月	入外 院来	日数	保険診療総点数 こまで点数で記入▼	他法負担分 点 数	保 険 診 療 一 部 負 担 金	入院時食事療養	
									日数	標準負担額
1				1	2			円		
2				1	2			円		
3				1	2			円		
4				1	2			円		
5				1	2			円		
6				1	2			円		
7				1	2			円		
8				1	2			円		
9				1	2			円		
10				1	2			円		
11				1	2			円		
12				1	2			円		
13				1	2			円		
14				1	2			円		
15				1	2			円		
16				1	2			円		
17				1	2			円		
18				1	2			円		
19				1	2			円		
20				1	2			円		
小 計		件	(入院件数)					円	日	円
			(外来件数)							

<らし

乳幼児医療費支給制度(平成18年10月1日改正)



乳幼児医療支給制度は、お子さんが病気やケガなどで医療機関に支払った医療費の一部を、越谷市が保護者の人に支給する制度です。

対象になるお子さんの年齢

通院・入院ともに小学校就学前まで

医療費の支給を受けるには、受給資格証が必要です

受給資格証が必要です。

- 1 医療費の支給を受けられる人
 - 越谷市住所のある人
 - 国民健康保険や社会保険等に参加し、就学前の乳幼児をもつ保護者
- 2 登録申請に必要なもの
 - 健康保険証
 - 申請者名義の預金通帳
- 3 申請する窓口
 - 市役所児童福祉課、北部、南部出張所の窓口で申請してください。

医療機関にかかる場合は

- 1 越谷市内医療機関では**現物給付**(一部を除く)
 - 「健康保険証」及び「受給資格証」を医療機関に提示し受診してください。
 - 80,100円まで保険診療の一部負担金を窓口で支払う必要はありません。(平成14年9月診療分までは63,600円、平成18年9月診療分までは72,300円)

注釈1 保険外の医療費と入院時の食事療養標準負担額は自己負担となります。(乳幼児医療費支給対象外)

注釈2 「健康保険証」と「受給資格証」を提示せずに受診した場合は窓口で一部負担金を支払い、**償還払い**と同様の手続きをしてください。

- 2 越谷市外の医療機関と市内一部医療機関では**償還払い**

- 「健康保険証」及び「受給資格証」を医療機関に提示し、窓口で自己負担分を支払って受診してください。
- 「乳幼児医療費受給申請書」の領収書欄に医療機関の証明を受けてください(1ヵ月分)。ただし、明細が記入されている領収書の場合は申

請書の裏面に領収書を添付してください。(証明を受ける必要はありません)。

- 診療月の翌月以降に児童福祉課、北部・南部出張所へ提出してください。
- 医療費の支払いは、**毎月10日締め切り、月末口座振込**となります。

支給から除かれる医療費

1 保険外の医療費(健康診断、予防注射代、容器代、入院時の室料、診断書料等)は支給の対象にはりません。

2 家族療養費(附加給付)、高額療養費が適用された場合は、その額を控除した額を支給します。

注釈 附加給付、高額療養費については、**加入している保険組合**にご確認ください。

3 入院時の食事療養費は、平成14年1月1日診療分から助成対象外となっています。

次の場合は必ずお届出を してください

- 1 乳幼児の氏名・住所(転出・転居)が変更したとき。
- 2 加入健康保険・振込先金融機関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 児童福祉施設に入所又は里親に委託されたとき。
- 5 保護者または乳幼児が死亡したとき。

受給資格がなくなったときや資格期間が経過したときは、受給資格証をお返しください。

[児童の心臓手術等助成制度](#)



お問い合わせ

児童福祉部 児童福祉課 児童福祉担当
電話 048-963-9166
FAX 048-963-8421

 [このページの上へ戻る](#)

[お問い合わせ](#) | [このサイトについて](#) | [個人情報保護方針](#)

越谷市役所 〒343-8501 埼玉県越谷市越ヶ谷四丁目2番1号
電話:048-964-2111(代表) [市役所へのアクセス](#)

Copyright © 2006 Koshigaya City All rights reserved.

○ 越谷市乳幼児医療費支給に関する条例施行規則

昭和48年6月30日

規則第36号

(趣旨)

第1条 この規則は、越谷市乳幼児医療費支給に関する条例(昭和48年条例第30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。

(受給資格の登録)

第2条 条例第4条第1項の規定により登録を受けようとする者は、乳幼児医療費受給資格登録申請書兼登録台帳(第1号様式)を市長に提出するものとする。

(受給資格証の交付)

第3条 条例第4条第3項に規定する受給資格証の様式は、第2号様式のとおりとする。

2 受給資格証を破損し、又は亡失したときは、乳幼児医療費受給資格証再交付申請書(第3号様式)を市長に提出し、再交付を受けなければならない。

(受給の申請等)

第4条 条例第6条第1項に規定する受給の申請を行うときは、乳幼児医療費受給申請書(第4号様式)によるものとする。

2 条例第6条第2項に規定する医療機関等は、乳幼児医療費請求書(第4号様式の2又は第4号様式の3)を市長に提出するものとする。

(支給の決定)

第5条 市長は、前条の申請等を受理したときは、その内容を審査し、当該申請等に係る支給の額を決定して、申請者等に通知するものとする。

(交付の時期)

第6条 市長は、条例第6条第1項の申請があったときは、その日から2箇月以内に前条の規定により決定した医療費を申請者に交付するものとする。この場合において当該申請者の死亡等により、申請者に交付することができないときは市長が定める者に交付するものとする。

2 市長は、第4条第2項に規定する請求があったときは、市長が別に定める期間内に前条の規定により決定した医療費を医療機関等に支払うものとする。

(条例第7条の規則で定める事項)

第7条 条例第7条の規則で定める事項は、次に掲げる事項とする。

- (1) 対象乳幼児又は受給資格者(以下「対象乳幼児等」という。)の氏名
- (2) 対象乳幼児等の住所
- (3) 医療保険の内容
- (4) 振込先金融機関
- (5) 対象乳幼児等の要件

(条例第7条の規定による届出)

第8条 条例第7条の規定による届出は、乳幼児医療費受給資格内容等変更(消滅)届(第5号様式)に受給資格証を添付して行うものとする。

(受給資格証の返還)

第9条 受給者は、その資格を喪失したときは速やかに受給資格証を市長に返還しなければならない。

附 則

この規則は、昭和48年7月1日から施行する。

附 則(昭和48年規則第61号)

この規則は、昭和49年1月1日から施行する。

附 則(昭和51年規則第40号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(昭和53年規則第1号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(昭和54年規則第25号)

この規則は、昭和54年9月1日から施行する。

附 則(昭和59年規則第31号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(昭和59年規則第58号)

この規則は、昭和60年1月1日から施行する。

附 則(昭和63年規則第9号)

この規則は、昭和63年4月1日から施行する。

附 則(平成元年規則第6号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成5年規則第14号)

この規則は、平成5年4月1日から施行する。

附 則(平成6年規則第51号)

この規則は、平成6年10月1日から施行する。

附 則(平成9年規則第29号)

(施行期日等)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 第1条の規定による改正後の議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則の規定、第2条の規定による改正後の越谷市ひとり親家庭等の医療費の支給に関する条例施行規則の規定、第3条の規定による改正後の越谷市老人の医療費の支給に関する条例施行規則の規定、第4条の規定による改正後の越谷市乳幼児医療費支給に関する条例施行規則の規定、第5条の規定による改正後の越谷市重度心身障害者医療費支給に関する条例施行規則の規定及び第6条の規定による改正後の越谷市心臓手術費等助成に関する条例施行規則の規定は、平成9年4月1日から適用する。

附 則(平成10年規則第6号)

(施行期日等)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 第1条の規定による改正後の越谷市老人の医療費の支給に関する条例施行規則の規定、第2条の規定による改正後の越谷市乳幼児医療費支給に関する条例施行規則の規定、第3条の規定による改正後の越谷市重度心身障害者医療費支給に関する条例施行規則の規定及び第4条の規定による改正後の越谷市心臓手術費等助成に関する条例施行規則の規定は、平成10年1月1日から適用する。

附 則(平成10年規則第32号)

(施行期日等)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 第1条の規定による改正後の越谷市ひとり親家庭等の医療費の支給に関する条例施行規則第13条第1項第1号の規定、第2条の規定による改正後の越谷市老人の医療費の支給に関する条例施行規則第3条第1項及び第7条第3号の規定並びに第4条の規定による改正後の越谷市重度心身障害者医療費支給に関する条例施行規則第3条第2項第3号の規定は、平成10年1月1日から適用する。

附 則(平成11年規則第47号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成11年9月1日から施行する。
- (経過措置)
 - 2 改正前の越谷市乳幼児医療費支給に関する条例施行規則の規定により交付された受給資格証は、当該受給資格証の有効期間の満了する日までの間は、改正後の越谷市乳幼児医療費支給に関する条例施行規則の規定により交付された受給資格証とみなす。

附 則(平成12年規則第69号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成12年9月1日から施行する。ただし、第7条第1項の改正規定は、公布の日から施行する。
- (経過措置)
 - 2 改正前の越谷市乳幼児医療費支給に関する条例施行規則の規定により交付された受給資格証は、改正後の越谷市乳幼児医療費支給に関する条例施行規則の規定により交付された受給資格証とみなす。

附 則(平成13年規則第68号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成14年1月1日から施行する。
- (経過措置)
 - 2 この規則の施行前に既に交付された改正前の第2号様式の規定による乳幼児医療費受給資格証は、改正後の第2号様式の規定による乳幼児医療費受給資格証とみなす。
 - 3 改正後の第4号様式から第4号様式の3までの規定は、この規則の施行の日以後に受ける診療に係る医療費の受給申請又は請求について適用し、同日前に受けた診療に係る医療費の申請又は請求については、なお従前の例による。

附 則(平成15年規則第2号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成18年規則第14号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成18年4月1日から施行する。
- (経過措置)
 - 2 この規則の施行前に既に交付された改正前の第2号様式の規定による乳幼児医療費受給資格証は、改正後の第2号様式の規定による乳幼児医療費受給資格証とみなす。

附 則(平成19年規則第54号)

この規則は、平成19年4月1日から施行する。

第1号様式 (第2条関係)

乳幼児医療費受給資格登録 申請書兼登録台帳		国保		保険コード	加入 医療 保険	記号			
		社保							
資格証番号						保険者番号			
						保険者名称			
						所在地			
申請者	フリガナ				振込 先 金融 機関	金融機関名			
	氏名			男・女		銀行・ 協信 庫			
	郵便番号	343 -							
	住所	越谷市				口座番号			
	電話	() -				普通			
乳幼児	フリガナ				受付		. .		
	氏名				決定		. .		
	生年月日	平成	年	月 日 生	男・女	交付		. .	
資格期間	通院	自 平成 年 月 日 至 平成 年 3月 31日			附加給付		有・無		
	入院	自 平成 年 月 日 至 平成 年 3月 31日			転入年月日		. .		
申請日	平成 年 月 日 越谷市長 宛								

太枠の中だけ記入してください。

第2号様式 (第3条関係)

乳乳幼児医療費受給資格証				国保						記号・番号					
				社保						加入医療保険		保険者番号			
資格証番号												保険者名称			
受給資格者	フリガナ											所在地			
	氏名							男・女		注 1 この証は、越谷市乳幼児医療費の一部負担金について大切に保管してください。 2 市内の医療機関(一部を除く)の窓口で提示してください。一部負担金を窓口負担せず受ける。) 3 市外及び市内一部医療機関の一部負担金を支払い、申請書の添付可)、市役所児童福祉課 4 受給資格者又は対象乳幼児市役所児童福祉課又は出張所に (1) 氏名・住所等を変更したと (2) 加入医療保険・振込先金額 (3) 生活保護を受けるようにな (4) 児童福祉施設に入所又は (5) 死亡したとき。 なお、受給資格がなくなつたとの証をお返しください。					
	郵便番号	343 -													
	住所	越谷市													
電話	() -														
乳幼児	フリガナ											オリコミ			
	氏名														
	生年月日	平成 年 月 日 生						男・女							
有効期間	通院	自 平成 年 月 日 至 平成 年 3月 31日													
	入院	自 平成 年 月 日 至 平成 年 3月 31日													
交付	平成 年 月 日 越谷市長 印														

第3号様式 (第3条関係)

乳幼児医療費受給資格証再交付申請書											
資格証番号											
受給資格者氏名											
住所											
乳幼児氏名											
乳幼児生年月日		平成 年 月 日									
加	記号							番号			
	保険者番号										
	保険者名称										

第4号様式(第4条関係)

2008/02/06 10:14

氏名			入 医 療 保 険	保険者名称 (組合名称等)							
生年月日	平成	年		月	日	保険者番号					
				市町村民税の状況	課税・非課税						

医 療 機 関 等 記 入 欄	領収書																
	保険診療総点数									点	保険診療一部負担金						
											(入院時の食事療養に係る標準負担額を額)						
	診療年月				診療日数												
	年	月			入院		外来										
							日			日	他法負担分点数						
平成		年	月	日			県コード	医療機関コード						診療			
						様											
医療機関等																	
所在地																	
名称																	
氏名																	

- (注) 1 上部申請書欄は、申請者が記入し、科目別及び入院・外来別に提出してください。
- 2 下部領収書欄は、医療機関等で記入してください。
- 3 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
- 4 市へ申請するときは、印かん、受給資格証及び保険証を持参してください。
- 5 証明手数料100円は、医療費と共にお支払いいたします。

[第4号様式の2](#) (第4条関係)

乳幼児医療費請求書(現物・連記用)

	越谷市長 宛																			
	県コード		医療機関コード						コード											
	1	1																		
下記のとおり乳幼児医療費を請求します。																				
										請求金額										
資格証番号 (6ケタ)							乳幼児名		診療		入院	外来	日数	保険診療総点数 ここまで点数で記入してください。						
							生年月日		年	月										
1												1	2							
2												1	2							
3												1	2							
4												1	2							
5												1	2							
6												1	2							
7												1	2							
8												1	2							
9												1	2							
10												1	2							

[illegible]

		診療区分				支払 平成 年 月 日	処理NO
	処理欄	0	1	2	3		
		医科	歯科	調剤	接骨院	通知 平成 年 月 日	

- (注) 1 機械で処理を行いますので、数字項目は必ず右詰でご記入をお願いします。
- 2 入院または外来の該当番号に○印をつけてください。
- 3 高額療養費該当の場合、一部負担金の額は高額療養費を除いた額となります。
- 4 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。
- 5 請求受付は、診療月の翌月1日から20日までとなり、診療翌々月の月末振込みになります。

21日以降の請求は、1カ月遅れの振込みになります。

第4号様式の3 (第4条関係)

	保険診療 総点数							点	保険診療 一部負担金							
(入院時の食事療養に係る標準負担額を含まない)																
	診療年 月			年			月		入院			日	外来			日
	他法負担分 点数								点							

資格証番号、乳幼児名、生年月日欄は乳幼児医療費制度を利用される方がご記入ください。

(注) 1 機械で処理を行いますので、数字項目は必ず右づめでご記入をお願いします。

2 他法負担分点数欄は、公費負担で支払われる額を点数で記入してください。

3 高額療養費該当の場合、一部負担金の額は高額療養費を除いた額となります。

第5号様式(第8条関係)

乳幼児医療費受給資格内容等変更(消滅)届														
資格証番号														
受給資格者 氏名														
住所・電話		越谷市 電話 ()												
乳幼児氏名														
乳幼児生年 月日		平成 年 月 日												
	加入医療保険							振込先金融機関						
	記号				番号				銀行名					
	保険者番号								支店名					

更 の 場 合	保 険 者 名 称		口 座 番 号									
	所 在 地		フリ ガナ									
	変 更 年 月 日	平成 年 月 日	名 義 人									
	☐ 氏名変更 ☐ 住所変更 ☐ 保険変更 ☐ 振込先金融機関 ☐ その他()											
消 滅 の 場 合	消滅理由 消滅事由発生日 年 月 日											
上 記 の と お り	申請事項変更 受給資格消滅	が生じたので受給資格証を添えて届けます。										
平成 年 月 日												
届出人住所 _____ 届出人氏名 _____												
越谷市長 宛												