

東大和市子どもの医療費の助成に関する条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、東大和市子どもの医療費の助成に関する条例（令和6年条例第18号。以下「条例」という。）の施行について必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この規則における用語の意義は、条例の例による。

(法令)

第3条 条例第3条第1項の規則で定める法令は、次のとおりとする。

- (1) 健康保険法（大正11年法律第70号）
- (2) 船員保険法（昭和14年法律第73号）
- (3) 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
- (4) 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
- (5) 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）

(条例第3条第2項第2号の規則で定める施設)

第4条 条例第3条第2項第2号の規則で定める施設は、医療費について国民健康保険法（昭和33年法律第192号）による世帯主又は社会保険各法による被保険者その他これに準ずる者が負担すべき額を、国又は地方公共団体が負担する施設（通所により利用する施設及び子どもが児童福祉法（昭和22年法律第164号）その他の法令による措置以外の事由により施設を入所により利用しているときにおける当該施設を除く。）とする。

(医療証の交付申請)

第5条 条例第4条の規定による申請は、子ども医療費助成制度医療証交付申請書（第1号様式）に次に掲げる書類を添えて行わなければならない。

- (1) 国民健康保険法又は社会保険各法による被保険者、組合員又は被扶養者であることを証する書類
- (2) 医療費の助成を受けようとする者及び配偶者の前年の所得（1月から9月までの申請にあつては、前々年の所得とする。）の状況を証する書類
- (3) その他市長が必要と認める書類

2 前項の規定にかかわらず、児童手当法（昭和46年法律第73号）による児童手当の支給を受けている者（以下「児童手当受給者」という。）が当該児童手当の認定通知書又は額改定通知書を提示するときは、前項第2号に掲げる書類の添付を省略することができる。

3 市長は、条例第4条の規定による申請があつた場合において、申請者が条例第3条に規定する対象者の要件（以下「資格要件」という。）に該当すると認めたときは、その者が養育する子どもが乳幼児（子どものうち6歳に達する日以後の最初の

3月31日までの間にある者をいう。以下同じ。)である場合は乳幼児に係る医療証(第2号様式。以下「乳幼児医療証」という。)を、義務教育就学児(子どものうち6歳に達する日の翌日以後の最初の4月1日から15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者をいう。以下同じ。)である場合は義務教育就学児に係る医療証(第3号様式。以下「義務教育就学児医療証」という。)を、高校生等(子どものうち15歳に達する日の翌日以後の最初の4月1日から18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者をいう。以下同じ。)である場合は高校生等に係る医療証(第4号様式。以下「高校生等医療証」という。)を交付する。

- 4 市長は、条例第4条の規定による申請があった場合において、条例第3条に規定する対象者でないと決定したときは、子ども医療費助成制度医療証交付申請却下決定通知書(第5号様式)により通知する。

(医療証の有効期間)

第6条 医療証の有効期間は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 乳幼児医療証の有効期間は、条例第4条の規定による申請があった日(次条の規定による更新があった場合は、当該更新の日)から同日以後の最初の9月30日までとする。ただし、乳幼児が6歳に達する日以後の最初の3月31日を超える場合は、乳幼児に係る医療証の有効期間は同日までとする。
 - (2) 義務教育就学児医療証の有効期間は、条例第4条の規定による申請があった日(乳幼児が6歳に達する日以後の最初の3月31日を超える場合はその翌日、次条の規定による更新があった場合は当該更新の日)から同日以後の最初の9月30日までとする。ただし、義務教育就学児が15歳に達する日以後の最初の3月31日を超える場合は、義務教育就学児に係る医療証の有効期間は同日までとする。
 - (3) 高校生等医療証の有効期間は、条例第4条の規定による申請があった日(義務教育就学児が15歳に達する日以後の最初の3月31日を超える場合はその翌日、次条の規定による更新があった場合は、当該更新の日)から同日以後の最初の9月30日までとする。ただし、当該有効期間は、高校生等が18歳に達する日以後の最初の3月31日を超えないものとする。
- 2 前項の規定にかかわらず、条例第4条の規定による申請が、次の各号のいずれかに該当するときは、それぞれ当該各号に定める日を医療証の有効期間の始期とする。
- (1) 資格要件に該当した日から30日以内に行われた場合 資格要件に該当した日
 - (2) 資格要件に該当した日から30日を超えて行われた場合において当該申請がやむを得ない理由により遅延したと認められるとき 市長が別に定める日
- (医療証の更新)

第7条 市長は、第5条第3項の規定により医療証を交付した者又はこの条の規定により医療証を更新した者について、当該医療証の有効期間が満了した日後引き続き資格要件に該当していると認めたときは、その翌日において医療証を更新するものとする。

（医療証の返還）

第8条 対象者は、その資格を喪失したときは、速やかに医療証を市長に返還しなければならない。

（医療証の再交付）

第9条 対象者は、医療証を破り、汚し、又は失ったときは、子ども医療費助成制度医療証再交付申請書（第6号様式）により市長に医療証の再交付を申請することができる。

2 医療証を破り、又は汚したときの申請には、その医療証を添えなければならない。

3 対象者は、医療証の再交付を受けた場合において、失った医療証を発見したときは、速やかに発見した医療証を市長に返還しなければならない。

（助成の方法の特例）

第10条 条例第6条第2項の特別の理由とは、次の各号のいずれかに該当するときをいう。

（1）国民健康保険法又は社会保険各法により子どもに係る療養費又は療養費に相当する家族療養費が支給されたとき。

（2）前号に定めるもののほか、市長が特別に必要があると認めたとき。

2 条例第6条第2項に規定する方法により医療費の助成を受けようとする対象者は、子ども医療助成費支給申請書（第7号様式）により市長に申請しなければならない。

3 前項の規定により提出された申請書には、第1項第1号のときには療養費又は療養費に相当する家族療養費の支給を証する書類を、同項第2号のときには市長が必要と認める書類を添えなければならない。ただし、市が国民健康保険法による保険者として子どもに係る療養費を支給する場合における申請書については、この限りでない。

（条例第8条の規則で定める届出等）

第11条 条例第8条第1項の規定による届出は、子ども医療費助成制度申請事項変更届（第8号様式）に医療証及び変更事項を証する書類を添えて行わなければならない。

2 条例第8条第2項の規定による届出は、子ども医療費助成制度医療証交付現況届（第1号様式）に次に掲げる書類を添えて行わなければならない。

（1）国民健康保険法又は社会保険各法による被保険者、組合員又は被扶養者であることを証する書類

- (2) 医療費の助成を受けようとする者及び配偶者の前年の所得の状況を証する書類
- (3) その他市長が必要と認める書類

- 3 前項の規定にかかわらず、児童手当受給者が当該児童手当の認定通知書又は額改定通知書を提示するときは、前項第2号に掲げる書類の添付を省略することができる。
- 4 条例第8条第2項ただし書に規定する場合は、第2項各号に掲げる書類により証明すべき事実の全てについて公簿等により確認することができる場合とする。
- 5 条例第8条第3項の規定による届出は、子ども医療費助成制度第三者行為による傷病届（第9号様式）に被害の発生状況がわかる書類を添えて行わなければならない。

（受給資格消滅の届出等）

第12条 対象者は、資格要件に該当しなくなったときは、子ども医療費助成制度受給資格消滅届（第10号様式）に医療証及び消滅事項を証する書類を添えて、速やかに市長に提出しなければならない。ただし、子どもが18歳に達した日以後最初の3月31日を経過したことにより資格要件に該当しなくなったときは、この限りでない。

- 2 市長は、対象者が資格要件に該当しなくなったと認めたときは、子ども医療費助成制度受給資格消滅通知書（第11号様式）により当該対象者であった者に通知するものとする。ただし、対象者又は子どもが死亡したとき及び子どもが18歳に達した日以後最初の3月31日を経過したことにより資格要件に該当しなくなったときは、この限りでない。

（損害賠償の請求権の譲渡）

第13条 条例第10条第1項の規定による損害賠償の請求権の譲渡は、子ども医療費助成制度に係る債権譲渡について（第12号様式）を市長に提出することにより行わなければならない。

- 2 条例第10条第2項の規定による通知は、債権譲渡通知書（第13号様式）により行うものとする。

（添付書類の省略）

第14条 市長は、この規則の規定により申請書又は届出書に添付する書類により証明すべき事実について公簿等により確認することができるときは、これらの書類の添付を省略させることができる。

（補則）

第15条 この規則に定めるもののほか必要な様式その他の事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和6年10月1日から施行する。

(東大和市乳幼児医療費助成条例施行規則等の廃止)

- 2 次に掲げる規則は、廃止する。

(1) 東大和市乳幼児医療費助成条例施行規則（平成5年規則第40号）

(2) 東大和市義務教育就学児医療費助成条例施行規則（平成19年規則第50号）

(3) 東大和市高校生等医療費助成条例施行規則（令和4年規則第45号）

第1号様式（第5条、第11条関係）

子ども医療費助成制度医療証交付申請書（現況届）

東大和市長 殿 _____年 _____月 _____日
次のとおり医療証の交付の申請・現況の届出をします。

申請者	フリガナ			生 年 月 日	年 月 日		
	氏 名			子どもとの続柄	父 ・ 母 ・ （ ）		
	個人番号						
	住所	電話 （ ）					
	今年1月1日の住所					転入年月日	年 月 日
	前年1月1日の住所						
	加入健康保険被保険者			加入健康保険	1 国保 2 国保組合 3 健保組合 4 協会 5 共済 6 その他（ ）		
配偶者	フリガナ			配偶者住所		配偶者の所得	有・無
	氏 名						
	個人番号						
子ども	フリガナ	続柄	生 年 月 日	同居 別居 の別	住所（別居の場合のみ記入）	監護 の有無	生計関係
	氏 名						
	個 人 番 号						
			年 月 日	同・別		有・無	同一・維持
同意欄	資格の審査及びその認定後における資格の確認のために必要な各年度の所得状況（地方税関係情報を含む。）について、東大和市長が公簿等により確認することに同意します。						

- （注意）
- 1 同意しない場合は、同意欄の文言を横線で消してください。なお、消した場合又は上記による確認においても資格の審査等ができない場合は、必要な書類を提出していただくことになります。
 - 2 マイナンバー制度による情報連携の場合は、申請者及び配偶者の氏名欄の記載は、署名に限ります。ただし、代理人が署名する場合は、本人からの委任状を添付してください。

第2号様式（第5条関係）

（表）

㊦ 医 療 証							
負 担 者 番 号		8	8	1	3		
受 給 者 番 号							
子 ど も	氏 名						
	生 年 月 日	年 月 日 生					
保 護 者	住 所						
	氏 名						
有 効 期 間		年 月 日から 年 月 日まで					
上記の者は、東大和市子どもの医療費の助成に関する 条例により医療費の一部を東大和市が助成する者である ことを証明する。 東大和市長 印							
交 付 年 月 日		年 月 日					

（裏）

御 注 意
1 この制度による診療を受けるときは、病院、診療所、薬局等（以下「病院等」という。）の窓口において、電子資格確認を受ける場合はこの証を、電子資格確認を受けない場合はこの証と被保険者証を一緒に提出してください。 2 入院の場合は、食事療養標準負担額をお支払いください。 3 高額療養費が支給される場合は、電子的確認を受けるか、限度額適用認定証を提示してください。 4 この証は、都内のこの制度による診療を取り扱う病院等で受診するときにお使いください。都外の病院等では使えません。 5 都外の病院等やこの制度による診療を取り扱わない病院等で受診したときは、保険診療の所定の項目が記載された自己負担分の領収書等を添付して、下記の窓口に医療費の支給を申請してください。 6 受給者の資格がなくなったときは、この証を下記の窓口にお返してください。 7 氏名、住所、加入保険等に変更があったときは、下記の窓口にこの証を添えて届け出てください。 8 この証を破ったり、汚したり、又は失ったときは、下記の窓口で再交付の手続きをしてください。 9 偽りその他不正にこの証を使用したときは、助成を受けた額の全部又は一部を返還しなければならないことがあります。
問合せ先 東大和市 電話 課

第3号様式（第5条関係）

（表）

⑤ 医 療 証									
負 担 者 番 号		8	8	1	3				
受 給 者 番 号									
子 ど も	氏 名								
	生 年 月 日	年 月 日 生							
保 護 者	住 所								
	氏 名								
有 効 期 間		年 月 日から							
		年 月 日まで							
上記の者は、東大和市子どもの医療費の助成に関する条例により医療費の一部を東大和市が助成する者であることを証明する。 東大和市長 印									
交 付 年 月 日		年 月 日							

（裏）

御 注 意
1 この制度による診療を受けるときは、病院、診療所、薬局等（以下「病院等」という。）の窓口において、電子資格確認を受ける場合はこの証を、電子資格確認を受けない場合はこの証と被保険者証を一緒に提出してください。 2 入院の場合は、食事療養標準負担額をお支払いください。 3 高額療養費が支給される場合は、電子的確認を受けるか、限度額適用認定証を提示してください。 4 この証は、都内のこの制度による診療を取り扱う病院等で受診するときにお使いください。都外の病院等では使えません。 5 都外の病院等やこの制度による診療を取り扱わない病院等で受診したときは、保険診療の所定の項目が記載された自己負担分の領収書等を添付して、下記の窓口に医療費の支給を申請してください。 6 受給者の資格がなくなったときは、この証を下記の窓口にお返してください。 7 氏名、住所、加入保険等に変更があったときは、下記の窓口にこの証を添えて届け出てください。 8 この証を破ったり、汚したり、又は失ったときは、下記の窓口で再交付の手続きをしてください。 9 偽りその他不正にこの証を使用したときは、助成を受けた額の全部又は一部を返還しなければならないことがあります。
問合せ先 東大和市 課 電話

第4号様式（第5条関係）

（表）

④ 医 療 証							
負 担 者 番 号		8	9	1	3		
受 給 者 番 号							
子 ど も	氏 名						
	生 年 月 日	年 月 日 生					
保 護 者	住 所						
	氏 名						
有 効 期 間		年 月 日から 年 月 日まで					
上記の者は、東大和市子どもの医療費の助成に関する 条例により医療費の一部を東大和市が助成する者である ことを証明する。 東大和市長 							
交 付 年 月 日		年 月 日					

（裏）

御 注 意
1 この制度による診療を受けるときは、病院、診療所、薬局等（以下「病院等」という。）の窓口において、電子資格確認を受ける場合はこの証を、電子資格確認を受けない場合はこの証と被保険者証を一緒に提出してください。 2 入院の場合は、食事療養標準負担額をお支払いください。 3 高額療養費が支給される場合は、電子的確認を受けるか、限度額適用認定証を提示してください。 4 この証は、都内のこの制度による診療を取り扱う病院等で受診するときにお使いください。都外の病院等では使えません。 5 都外の病院等やこの制度による診療を取り扱わない病院等で受診したときは、保険診療の所定の項目が記載された自己負担分の領収書等を添付して、下記の窓口に医療費の支給を申請してください。 6 受給者の資格がなくなったときは、この証を下記の窓口にお返しください。 7 氏名、住所、加入保険等に変更があったときは、下記の窓口にこの証を添えて届け出てください。 8 この証を破ったり、汚したり、又は失ったときは、下記の窓口で再交付の手続きをしてください。 9 偽りその他不正にこの証を使用したときは、助成を受けた額の全部又は一部を返還しなければならないことがあります。
問合せ先 東大和市 電話 課

第5号様式（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

東大和市長



子ども医療費助成制度医療証交付申請却下決定通知書

年 月 日付けで申請のありました医療証の交付について審査しましたが、次の理由で子どもの医療費の助成制度の対象者となりませんので通知します。

1 氏 名

2 理 由

（注意）

- 1 この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、市長に対して書面で審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
 - 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、市を被告として（訴訟において被告を代表する者は市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると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。）。
- ただし、上記1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

第 6 号様式（第 9 条関係）

子ども医療費助成制度医療証再交付申請書

年 月 日

東大和市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

次の理由により、子どもの医療費の助成制度の医療証の再交付を申請します。

受給者番号							子どもの氏名	生年月日
								年 月 日

医療証交付年月日

年 月 日

申請理由

- 1 破いた
- 2 汚した
- 3 なくした
- 4 その他 ()

(注意)

医療証を破り、又は汚したときは、その医療証を添えてください。

子ども医療助成費支給申請書

負担者番号	8		1	3					受診子ども氏名	生年月日
受給者番号										年 月 日
受給者番号										年 月 日
受給者番号										年 月 日

診療等年月	受診子ども氏名	外来・入院・調剤・補装具の別	日 数	病院等の名称	※ 支 給 額
年 月		外来 入院 調剤 補装具	日		円
年 月		外来 入院 調剤 補装具	日		円
年 月		外来 入院 調剤 補装具	日		円
年 月		外来 入院 調剤 補装具	日		円
年 月		外来 入院 調剤 補装具	日		円
年 月		外来 入院 調剤 補装具	日		円
年 月		外来 入院 調剤 補装具	日		円
年 月		外来 入院 調剤 補装具	日		円
				※ 総支給額	円

振込先金融機関					支店名				口座番号								
銀 行 信用金庫 信用組合 農 協					本 店 支 店 出張所				種 別	普通 当座 貯蓄	フリガナ 口座名義						
金融機関コード									支 店 コード								

上記のとおり、医療助成費の支給を申請します。なお、支給額は、上記の口座に振り込んでください。

年 月 日

東大和市長 殿

住 所

(フリガナ)

氏 名

電話番号

(注意) ※印の欄は、記入しないでください。

第8号様式（第11条関係）

子ども医療費助成制度申請事項変更届

受給者番号						子どもの氏名		生年月日	
								年 月 日	

次のとおり届け出ます。

住 所	(新)			
	(旧)			
氏 名	保護者	(新)		(旧)
	子ども	(新)		(旧)
加入健康保険	種 類	1 国 保 2 国 保 組 合 3 健 保 組 合 4 協 会 5 共 済 6 そ の 他 ()		
	被保険者氏名			子どもとの続柄
	記 号	(枝番)	保険者名	
	番 号			
	保険者番号		所在地	
そ の 他				

(注意) 加入健康保険欄は、新たに加入した健康保険証の写しを添付する場合は、記入不要です。

変更年月日	年 月 日
-------	-----------------

同 意 欄	変更事項の確認のために必要な事項について、東大和市長が公簿等により確認することに同意します。
-------	--

(注意)

同意しない場合は、同意欄の文言を横線で消してください。なお、消した場合又は上記による確認においても変更事項の確認ができない場合は、必要な書類を提出していただくことになります。

東大和市長 殿

年 月 日

届出者 住 所
氏 名
電話番号

年 月 日

子ども医療費助成制度第三者行為による傷病届

東大和市長 殿

届出者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり第三者の行為により被害を受けたことを届け出ます。

子ども (被害者)	負担者番号		8		1	3					保険者名称								
	受給者番号										保険者番号								
	氏 名		(年 月 日生)									記号番号	(枝番)						
第三者 行 為 (被害) の状況	発生日時											発生場所							
	原 因 及 び 被害の状況																		
第三者 (加害者)	住 所																		
	氏 名											電話番号							
	交通 事故 の 場合	自賠責 保 険	保 険 会社名										電話番号						
			所在地																
		任意 保険	保 険 会社名										電話番号						
			所在地																

(備考) この傷病届には、被害の発生状況がわかる書類（発生状況の説明図等）を添付してください。

第10号様式（第12条関係）

子ども医療費助成制度受給資格消滅届

受給者番号						子どもの氏名	生年月日
							年 月 日

次のとおり届け出ます

消滅理由	1 転出 (転出先住所 電話番号) 海外転出の場合、国内送付先（消滅通知送付先） (住所 氏名)
	2 生活保護受給
	3 死亡
	4 監護しなくなった
	5 施設入所
	6 その他 ()

消滅年月日	年 月 日
-------	-------

同意欄	消滅事項の確認のために必要な事項について、東大和市長が公簿等により確認することに同意します。
-----	--

（注意）

同意しない場合は、同意欄の文言を横線で消してください。なお、消した場合又は上記による確認においても消滅事項の確認ができない場合は、必要な書類を提出していただくことになります。

東大和市長 殿

年 月 日

届出者 住 所
氏 名
電話番号

第 1 1 号様式（第 1 2 条関係）

第 号
年 月 日

様

東大和市長



子ども医療費助成制度受給資格消滅通知書

次のとおり子どもの医療費の助成制度の受給資格が消滅しましたので通知します。

1 氏 名

2 消滅した年月日 年 月 日

3 消滅した理由

（注意）

- 1 この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、市長に対して書面で審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、市を被告として（訴訟において被告を代表する者は市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると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。）。ただし、上記1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

子ども医療費助成制度に係る債権譲渡について

東大和市長 殿

対象者 住 所

氏 名 ㊤

電話番号

東大和市子どもの医療費の助成に関する条例第 1 0 条第 1 項の規定により、第三者の行為に係る医療費について東大和市から助成を受けた額の限度において、私が加害者_____に対して有する下記損害賠償の請求権を東大和市に譲渡します。

記

譲渡する 債権	子ども (被害者)		氏 名 (年 月 日生)				
	債権額		金 円				
	事故発生日時		事故発 生場所				
	原 因 及 び 被害の状況						
債務者 (加害者)	住 所						
	氏 名				電話番号		
	交 通 事 故 の 場 合	自賠責 保 険	保 険 会社名			電話番号	
			所在地				
		任意 保険	保 険 会社名			電話番号	
			所在地				

(注意)

父及び母が子ども（被害者）の親権者である場合は、対象者（子どもの親権者）の記入欄は、父母両方の記名・押印が必要です。

第 1 3 号様式（第 1 3 条関係）

		年 月 日	
債権譲渡通知書			
殿			
譲渡人		住所	
		氏名	
		印	
私が貴殿に対して有する下記の債権を譲渡しましたので通知します。			
記			
1	債権額	金	円
2	子ども(被害者)		
3	債権発生の原因である事実		
4	譲渡日	年 月 日	
5	譲受人		
	所在地 東京都東大和市中央 3 丁目 9 3 0 番地		
	名称 東大和市		

(注意)

父及び母が子ども（被害者）の親権者である場合は、譲渡人（子どもの親権者）の記入欄は、父母両方の記名・押印が必要です。