

○上三川町妊産婦医療費助成に関する条例施行規則

平成14年7月31日

規則第52号

上三川町妊産婦医療費助成に関する条例施行規則（昭和48年上三川町規則第14号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この規則は、上三川町妊産婦医療費助成に関する条例（昭和48年上三川町条例第14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。

（受給資格証の交付申請）

第2条 条例第3条の規定による妊産婦医療費受給資格証の交付を受けようとする者は、別記様式第1号による妊産婦医療費受給資格証交付申請書を町長に提出しなければならない。

（受給資格証の交付等）

第3条 町長は、前条の規定により申請した者が条例第3条各号のいずれにも該当する妊産婦であるときは、当該申請者に別記様式第2号による妊産婦医療費受給資格証（以下「受給資格証」という。）を交付するものとする。

2 前項の受給資格証の交付を受けた者（以下「助成対象者」という。）が受給資格証を汚損し、又は亡失したときは、別記様式第3号による妊産婦医療費受給資格証再交付申請書を町長に提出して再交付を受けなければならない。

（受給資格証の提示）

第4条 助成対象者が医療を受けるときは、医療機関に受給資格証を提示するものとする。

（助成の申請）

第5条 条例第4条に規定する助成を受けようとするときは、別記様式第4号による妊産婦医療費助成申請書を町長に提出しなければならない。

2 前項の申請方法は、窓口持参又は郵送のいずれかによるものとする。

(助成の決定)

第6条 町長は、前条の申請を受理したときは、その内容を審査し、当該申請に係る助成の額を決定し、助成するものとする。

(届出事項)

第7条 助成対象者は、住所又は加入保険に変更を生じたときは、別記様式第5号による妊産婦医療費受給資格内容変更届に受給資格証を添えて町長に提出しなければならない。

(受給資格証の返還)

第8条 助成対象者が、助成を受ける資格を喪失したときは、速やかに受給資格証を町長に返還しなければならない。

附 則

この規則は、平成14年8月1日から施行する。

附 則 (平成14年規則第56号)

(施行期間等)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、改正後の上三川町妊産婦医療費助成に関する条例施行規則の規定は、平成14年10月1日から適用する。
- 2 この規則の施行の際、既に作成された様式で現に使用しているものは、当分の間、所要の補正をして使用することができる。

附 則 (平成17年規則第5号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成19年規則第11号)

- 1 この規則は、平成19年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、既に作成された様式で現に使用しているものは、当分の間、所要の補正をして使用することができる。

附 則 (令和6年規則第32号)

(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、この規則による改正前の上三川町妊産婦医療費助成に関する条例施行規則（以下「旧規則」という。）別記様式第1号から別記様式第5号までによる用紙で、現に残存するものは、なお使用することができる。
- 3 この規則の施行の際現に旧規則第3条第1項の規定により交付した受給資格証は、改正後の上三川町妊産婦医療費助成に関する条例施行規則第3条第1項の規定により交付した受給資格証とみなす。

別記様式第1号(第2条関係)

妊

決 裁	町長	副町長	課長	主幹	補佐	係長	係	受付	年 月 日
								交付	年 月 日
								決裁	年 月 日
受給資格要否				加入保険				付加給付	
要・否(理由)				国保〔一般・退本人・家族〕 社保〔本人・家族〕				有・無	

妊産婦医療費受給資格証交付申請書										
年 月 日										
上三川町長 宛て										
住 所 上三川町										
申請者 (本人) 氏 名										
TEL										
受給資格者	(ふりがな) 氏 名						生年 月 日	年 月 日		
	住 所	上三川町								
加入 保 険	記 号 番 号	被 保 険 者 氏 名			保 険 者	番 号				
						名 称				
						TEL				
母子保健法第15条による妊娠の届出をした年月日							年 月 日			
出 産 予 定 年 月 日							年 月 日			

(注) 太枠欄は、記入しないでください。
この申請書を提出するときは、受給資格者の加入している保険資格がわかるものを提示してください。

別記様式第2号(第3条関係)

(表面)

妊産婦医療費受給資格証									
記号番号									
受給資格者	氏名								
	住所	上三川町							
	氏名								
	住所	上三川町							
加入	被保険者氏名								
	記号番号								
保険者	番号								
	名称								
受給期間		年 月 日から出産した 月の翌月末日まで							
		年 月 日							
		上三川町長							

(裏面)

注 意 事 項

- 1 この証は、上三川町妊産婦医療費助成に関する条例により助成を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
- 2 この証は、保険診療のみに適用されます。
- 3 助成金を受けようとするときは、助成申請書に病院等から点数の記入等を受けて申請してください。
- 4 住所又は加入保険に変更を生じたときには、本人確認書類等を持参のうえ、必ず上三川町長に届け出てください。
- 5 本証を破ったり、汚したり、無くしたときは、再交付申請をしてください。
- 6 次に該当する場合は、交付を受けた上三川町長に本証を返してください。
 - (1) 受給資格者が生活保護法による保護を受けることになったとき。
 - (2) 受給資格期限が切れたとき。
 - (3) 受給資格者が転出するとき。
- 7 助成金の申請の際は、必ずこの証と本人確認書類等を持参してください。

別記様式第3号(第3条関係)

決 裁	町長	副町長	課長	主幹	補佐	係長	係	受付	年 月 日
								交付	年 月 日
								決裁	年 月 日

妊産婦医療費受給資格証再交付申請書									
受給資格者	(ふりがな) 氏名					生年 月日	年 月 日		
	住所	上三川町							
加入保険	記号番号	被保険者氏名			保 険 者	番号			
						名称			
						TEL			
<p style="text-align: center;">汚 損 妊産婦医療費受給資格証を したので再交付の申請をします。 亡 失</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>上三川町長 宛て</p> <p style="text-align: right;">住 所 上三川町</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏 名</p>									

(注) 太枠欄は、記入しないでください。

妊産婦医療費助成申請書

申請者記入欄 ※太線の枠内に記入の上、必ず受給資格証を添えて申請してください。		年 月 日
上三川町長 宛て		受給資格者 住所 (申請者) 氏名 電話
受給資格証 記号番号	加入 保険	被保険者氏名 記号番号
受診者 氏名	年 月 日	番号 名称
振込先	銀行・組合 金庫・農協 支店 預金種別 普通・当座 (フリガナ) 口座番号	
一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無		有・無

(注) 高額療養費制度に該当し、限度額適用認定証の交付を受けた場合は認定証の写し又はそれを確認できるものを、交付を受けていない場合は当該支給決定通知書又はその写しを添付してください。

医療機関記入欄 ※太線の枠内のみ記入し、押印してください。点数の欄は右詰で記入し、空欄は斜線を引いてください。										
保 険 診 療 証 明 書 (受診者:)										
保険種類	国保・社保・その他			自己負担割合 1・2・3割			特定疾病療養受療証の有無			有・無
診療年月		保険診療合計点数				食事療養費		他法負担点数		備 考
年	月	入院 日数	入院 点数	外来 点数	回 数	金 額 (標準負担額)				
合計 年 月 日		医療機関等 所在地 名称 氏名								㊟

助 成 内 容	保険診療 合計金額	一 部 負 担 額	控 除 額 の 内 訳				医 助 療 成 費 額	
	円	円	他法負担額	高額療養費	付加給付額	控除額計		円
	円	円	円	円	円	円		円
	円	円	円	円	円	円		円
	食事療養費							
	計							

別記様式第5号(第7条関係)

決 裁	町長	副町長	課長	主幹	補佐	係長	係	受付	年 月 日
								交付	年 月 日
								決裁	年 月 日

妊産婦医療費受給資格内容変更届													
受 給 資 格 者	受給資格証記号番号												
	(ふりがな) 氏名					生年 月日	年 月 日						
	住所	上三川町											
変 更 事 項	変更事由												
	新					旧							
	住所	上三川町				住所	上三川町						
	加 入 保 険 者	記号番号					加 入 保 険 者	記号番号					
		被保険者氏名						被保険者氏名					
		保 険 者	番号										
			名称					保 険 者	番号				
			TEL						名称				
	変更年月日	年 月 日		備考									
	<p>変更が生じたので受給資格証を添えて届出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>上三川町長 宛て</p> <p style="text-align: right;">住所 上三川町</p> <p style="text-align: center;">届出人 氏名</p>												

(注) 太枠欄は、記入しないでください。

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5条関係）

別記様式第5号（第7条関係）