

○砺波市妊産婦医療費の助成に関する条例施行規則

平成16年11月1日

規則第61号

改正 平成20年9月18日規則第25号

平成24年6月26日規則第43号

平成30年9月21日規則第13号

平成31年3月19日規則第7号

平成31年4月26日規則第19号

(趣旨)

第1条 この規則は、砺波市妊産婦医療費の助成に関する条例（平成16年砺波市条例第97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。

(対象の給付)

第2条 条例第2条第3項に規定する規則で定める給付とは、保険外併用療養費及び特別療養費（入院時の食事療養に要した費用を除く。）をいう。

(受給資格の登録等)

第3条 条例第3条の規定に基づき、助成を受けようとする者は、妊産婦医療費受給資格登録（変更）申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて市長に提出し、受給資格の登録を受けなければならない。この場合には母子健康手帳を提示するものとする。

(1) 被保険者証、組合員証又は加入者証（以下「保険証」という。）

(2) 医師の診断書

(3) 生計維持者（妊産婦に配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）がいる場合にあっては当該妊産婦又はその配偶者のうちその生計を維持する程度の高い者、妊産婦に配偶者がいない場合にあっては妊産婦本人をいう。以下同じ。）の前年（第6条に定める有効期間が1月1日から9月30日の間に新たに始まる場合は、前々年）の所得の状況又は課税の状況を証する書類

(4) その他市長が必要と認める書類

2 受給資格の登録は、条例第7条に規定する助成の対象となる期間において対象者又は生計維持者が条例第3条ただし書に掲げる事由に該当しない間は継続するものとする。

3 対象者が本市の他の条例による医療費の助成を受けることになったときは、受給資格の登録を取り消すものとする。

4 対象者は、市長から受給資格の確認に必要な書類の提出を求められた場合は、速やかにこれを提出しなければならない。

(受給資格証等の交付)

第4条 条例第6条第3項に規定する証票は、妊産婦医療費受給資格証(様式第2号。以下「受給資格証」という。)によるものとする。

2 市長は、前項の受給資格証を交付する際に、妊産婦医療費(療養費払)助成申請書(様式第3号)に必要事項を記入して交付しなければならない。

(出産した場合の届出義務)

第5条 受給資格者は、出産(流産及び死産を含む。)したときは、受給資格証に母子健康手帳(流産及び死産の場合にあつては、医師の証明書)を添えて、市長にその旨を届け出なければならない。

(有効期間)

第6条 受給資格証の有効期間は、条例第7条に定める助成の対象となる期間とする。

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する場合の受給資格証の有効期間の終期は、次に掲げる場合の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める日までとする。

(1) 受給資格者が市の区域内から他の市町村に転出した場合 当該市の区域内に住所を有しなくなった日

(2) 受給資格者が死亡した場合 死亡の日

(3) 医療保険各法に基づく被保険者、組合員若しくは加入者の資格又は被扶養者の資格を喪失した場合 当該資格を喪失した日の属する月の前日

(4) 対象者が生活保護法(昭和25年法律第144号)の規定による保護の決定を受けた場合 当該決定を受けた日

(5) 対象者が本市の他の条例による医療費の助成を受ける資格を取得した場合 当該資格を取得した日の前日

(受給資格証の提示等)

第7条 受給資格者は、医療を受ける場合、医療機関等に受給資格証及び保険証を提示しなければならない。

(助成額の審査及び支払事務の委託)

第 8 条 条例第 8 条の規定による医療機関等に支払う助成額の審査及び支払事務は、市長が富山県国民健康保険団体連合会及び社会保険診療報酬支払基金に委託して行うものとする。

(療養費払)

第 9 条 条例第 8 条ただし書の規定による助成を受けようとする場合は、妊産婦医療費(療養費払)助成申請書(様式第 3 号)によらなければならない。

2 市長は、前項の申請書を受理したとき、その内容を審査し、当該申請に係る助成額を決定して、申請者に通知しなければならない。ただし、通帳の印字等により当該助成額が確認できる場合は、その通知を省略することができる。

(変更申請等)

第 10 条 条例第 9 条の規定により、受給資格者は、氏名、住所若しくは被保険者証又は組合員証に変更が生じた場合は、遅滞なく妊産婦医療費受給資格登録(変更)申請書(様式第 1 号)を提出しなければならない。

2 受給資格者は、受給資格を喪失した場合、速やかに受給資格証等を市長に返還しなければならない。

(添付書類の省略)

第 11 条 市長は、この規則の規定により申請書又は届出に添えて提出する書類等について、証明すべき事実を公簿等により確認することができるときは、当該書類を省略させることができる。

(受給資格証の再交付)

第 12 条 受給資格者は受給資格証を破り、汚し、又は失った場合は、市長に受給資格証の再交付を申請することができる。

2 受給資格証を破り、又は汚した場合の前項の申請には、その受給資格証を添えなければならない。

(諸帳簿の整備)

第 13 条 市長は、医療費の助成状況を明らかにするため、必要な帳簿を備え、常に整備しなければならない。

(その他)

第 14 条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成16年1月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の日の前日までに、合併前の砺波市妊産婦医療費の助成に関する条例施行規則（昭和48年砺波市規則第19号）又は庄川町妊産婦医療費成に関する条例施行規則（昭和48年庄川町規則第4号）の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則（平成20年9月18日規則第25号）

(施行期日)

- 1 この規則は、平成20年10月1日から施行する。

(有効期間の経過措置)

- 2 この規則の施行日前に交付した受給資格証については、平成20年9月30日をもって失効するものとする。

附 則（平成24年6月26日規則第43号）

この規則は、公布の日から施行し、この規則による改正後の砺波市妊産婦医療費の助成に関する条例施行規則の規定は平成24年4月1日から適用する。

附 則（平成30年9月21日規則第13号）

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正前の様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成31年3月19日規則第7号）

(施行期日)

- 1 この規則は、平成31年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正前の砺波市妊産婦医療費の助成に関する条例施行規則に定める様式による用紙は、当分の間、なお使用することができる。

(準備行為)

- 3 この規則による改正後の砺波市妊産婦医療費の助成に関する条例施行規則（以下「新規則」という。）様式第2号の交付に際し必要な手続その他の行為は、この規則の施行前においても、新規則の規定の例により行うことができる。

附 則（平成 3 1 年 4 月 2 6 日規則第 1 9 号）

この規則は、平成 3 1 年 5 月 1 日から施行する。

様式第1号(第3条、第10条関係)

※登録番号				保 険 区 分	1	2	3	4	5	6			
					社 保 保 険 者	社 保 被 扶 養 者	国 保 一 般 被 保 険 者	国 保 ・ 退 職 保 険 者	国 保 ・ 退 職 保 険 者	国 保 ・ 退 職 保 険 者	国 保 組 合		
※決裁	課長	係長	合議	主務	受 付					年 月 日			
					同					年 月 日			
					決 定					年 月 日			
					発 行					年 月 日			
※受給資格証交付				要・否(理由)									
妊産婦医療費受給資格登録(変更)申請書													
妊 産 婦	個 人 番 号											生 年 月 日	年 月 日
	フリガナ												
	氏 名												
	住 所												
	加 入 保 険	保 険 種 別 国保・協会・組合・その他()											
	被保険者証記号番号												
	保 険 者 名												
母子健康手帳交付番号				世帯主氏名									
生 計 維 持 者	住 所												
	個 人 番 号												
	氏 名	続 柄											
	児 童 手 当 の 受 給 の 有 無					(有・無) ※有の場合、以下の欄は記入不要							
	加入している年金等の年金手帳、 組合員証又は加入者証の記号・番号					第 号		譲 渡 所 得		有・無			
	ア. 厚生年金保険 エ. 地方公務員等共済 イ. 私立学校教職員共済 オ. 国民年金 ウ. 国家公務員共済 カ. その他()					扶養親族等及び児童の数 人 (うち70歳以上の同一生計配偶者 及び老人扶養親族の合計数 人)							
	被用者又は公務員であるか 否かの別					ア. 被用者又は公務員 イ. 被用者等でない者		所得の状況		年分所得額 円			
	※審査					年分所得の合計額 円							
	控 除	雑損控除額					医療費控除額					小規模企業共済等掛金控除額	
		円					円					円	
		障害者控除額 障 人・特障 人					寡婦・寡夫・勤労学生控除					円	
		円					円					円	
	児童手当法施行令第3条第1項による控除					円					円		
	控除後の所得額 円					所得制限限度額					円		
						児童手当 円					円		
					特例給付 円					円			
妊 娠 月 数				妊 娠 ヶ月(産後 日)									
病 名				妊娠高血圧症候群 糖尿病 貧血(10g/dl以下)産科出血 心疾患 切迫早産									
年 月 日													
医療機関 所在地 名称				医師氏名 ㊟									
上記の通り妊産婦医療費受給資格登録(変更)の申請をします。 なお、申請に必要な範囲で、地方税関係情報を確認することに同意します。 年 月 日 住所 栃波市 申請者 氏名 ㊟ 栃波市長 あて (連絡先 TEL)													

医療機関は、太わく内を記入してください。
 ※欄は市で記入します。

⑥

公費負担者番号		
受給者番号		
妊産婦	氏名	
	住 所	
有効期間	自	年 月 日
	至(出産した月の翌月の末日)	年 月 日
対象疾病		

注 意 事 项

1. この証は、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のできる証ですから、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. この証は、診療を受けるとき、保険証といっしょに病院等の窓口に出してください。
4. 次のことが生じたときは、必ず市長に届け出てください。
 - (1) 受給資格者が死亡したとき。
 - (2) 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。
 - (3) 受給資格者が住所を変更したとき、又は加入保険に変更があったとき。
 - (4) 受給資格証をなくしたとき。
5. 出産(流・死産を含む。)した場合は、出産届(流・死産の医師の証明書)とともにこの証を市長に提出し、有効期間の終期年月の確認を受けてください。
6. 県外の病院等の場合、窓口で医療費の請求をされます。この場合は、お金を払い、領収書(保険診療点数等を明記してあるもの)をもらってください。その後、市へ領収書を提出し、還付の手続きをとってください。
7. 有効期間が終了したときは、この証を市長へ返還してください。

㊤ 様式第3号(第4条、第9条関係)

※ 決 裁	課長	係長	合議	主務	保 険 区 分	1	2	3	4	5	6					
						社 保 保 者	社 保 保 者	国 保 保 者	一 般 被 保 険 者	国 保 ・ 退 職 者	国 保 ・ 退 職 者	被 扶 養 者	国 保 組 合			
						受 付								年	月	日
						伺								年	月	日
						決 定								年	月	日
					支 給								年	月	日	
※ 助 成 内 訳	保 険 診 療 合 計 金 額	控 除 額				社会保険等負担分			公費負担その他の分			計		交 付 決 定 額		
	円	円				円			円			円				
妊産婦医療費(療養費払)助成申請書 年 月 日 砺波市長 あて 申 請 者 住 所 砺波市 (生計維持者) 氏 名 (連絡先 TEL) ㊤ 下記のとおり妊産婦医療費の助成を申請します。なお、下記の口座に振り込んでください。																
受給資格証 記号・番号	富08—				加 入 保 険	被保険者証 記号・番号										
妊産婦氏名						保 険 種 別		国保・協会・組合・その他								
						保険者番号										
保 険 診 療 領 収 書(入院・通院)																
妊 産 婦 氏 名					診 療 月					年 月 分						
病 名					妊 娠 月 数					妊 娠 カ月・産後 1ヵ月以内 2ヵ月以内						
保険診療合計点数					社会保険等負担点数					公 費 負 担 額						
一部負担金額収額					円					左記金額には保険診療以外は含まれていません。						
上記のとおり領収しました。 年 月 日 医療機関等の所在地及び名称 開 設 者 氏 名 ㊤																
振 込 先	口 座 振 替					銀行 金庫 農協				支 店						
	指 定 金 融 機 関									出張所						
	指 定 口 座	1 普通 2 当座				口座番号(右づめで記入)										
	フ リ ガ ナ															
	口座名義(申請者のもの)															
注 1. この用紙は、病院等に診療金額をいったん支払い、その後で市町村長から助成を受ける場合に使います(県外の病院等の場合)。 2. 申請は、診療月ごと、入院・通院の別に行ってください。 3. 太枠の欄は、病院等で記載してもらってください。ただし、この欄に準じた項目の入った領収書をもった場合、これにかえることができます。 4. 妊娠月数は、診療した月の初日の月数を記入してください。 5. ※欄は、市町村で記入します。																

様式第 1 号（第 3 条、第 1 0 条関係）

様式第 2 号（第 4 条関係）

様式第 3 号（第 4 条、第 9 条関係）