

改正

昭和52年4月1日条例第10号

昭和60年7月6日条例第14号

平成8年9月27日条例第20号

平成9年7月1日条例第13号

平成11年3月29日条例第1号

平成15年9月26日条例第10号

平成18年9月20日条例第22号

平成20年6月25日条例第14号

平成24年9月18日条例第10号

平成27年6月19日条例第10号

糸田町子ども医療費の支給に関する条例

糸田町乳幼児医療費の助成に関する条例（昭和48年糸田町条例第6号）の全部を改正する。

（目的）

第1条 この条例は、子どもの医療費の一部をその保護者に支給することにより、その疾病の早期発見と治療を促進し、もって子どもの保健の向上と福祉の増進を図ることを目的とする。

（定義）

第2条 この条例において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

（1）子ども 糸田町の区域内に住所を有し、次のいずれかに該当する者をいう。ただし、糸田町重度障害者医療費の支給に関する条例（昭和49年糸田町条例第21号）及び糸田町ひとり親家庭等医療費の支給に関する条例（昭和58年糸田町条例第18号）の規定により医療費の支給を受けることができる者並びに生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている者を除く。

ア 6歳に達する日以後の最初の3月31日までにある者

イ 6歳に達する日以後の最初の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

（2）保護者 医療保険各法の被保険者であつて、親権を行う者、後見人その他の者で子どもを現に監護する者をいう。

(3) 医療保険各法 健康保険法（大正11年法律第70号）、船員保険法（昭和14年法律第73号）、私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）、国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）及び地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）をいう。

（対象者）

第3条 この条例により医療費の支給を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、次の各号に該当する子どもの保護者とする。ただし、生活保護法による保護を受けている者は、対象者から除く。

(1) 糸田町の区域内に住所を有する者であること。

(2) 医療保険各法の規定による被保険者、組合員若しくは加入者（以下「被保険者等」という。）又は被扶養者であること。

（子ども医療費の支給）

第4条 町は、子どもの疾病又は負傷について、医療保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合において、当該医療に要する費用（以下「医療費」という。）のうち、医療保険各法の規定により医療に関する給付を行う政府、健康保険組合、市町村、国民健康保険組合、共済組合及び日本私立学校振興・共済事業団（以下「医療保険各法の保険者」と総称する。）が負担すべき額（国又は地方公共団体が別に負担する額がある場合は、これを加えて得た額）が医療費の額に満たないときは、その満たない額に相当する額（食事療養標準負担額は含まない。以下「自己負担分相当額」という。）を、当該子どもの保護者に対し子ども医療費として支給する。

2 前項の医療費の額は、健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額とする。ただし、現に要した費用の額を超えることができない。

（受給資格の申請及び認定）

第5条 第2条第1号ア及びイに規定する者で子ども医療の支給を受けようとするものは、規則の定めるところにより、あらかじめ町に対し申請をし、子ども医療費の受給資格の認定を受けなければならない。

（子ども医療証の交付）

第6条 町長は、子どもの保護者であって、かつ、前条の規定に基づき認定を受けた者（以下「受給資格者」という。）に対し、規則の定めるところにより、子ども医療証を交付するものとする。

2 町長は、医療保険各法の保険者が負担すべき額とこの条例による子ども医療費が重複して支給されるおそれがあるときは、前項の規定にかかわらず、こども医療証を交付しないものとする。

(子ども医療証の提出)

第7条 子どもが規則で定める病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション（以下「保険医療機関等」という。）において医療を受けようとするときは、受給資格者は、当該保険医療機関等に子ども医療証を提出するものとする。

(支給の方法)

第8条 町長は、子ども医療費として支給すべき費用を保険医療機関等の請求に基づき、受給資格者に代わり、当該保険医療機関等に支払うものとする。

2 前項の規定による支払があったときは、受給資格者に対し子ども医療費の支給があったものとみなす。

3 町長は、子どもが受けた医療について医療保険各法による療養費の支給がなされたとき、その他町長が第1項の方法により難いと認めたときは、同項の規定にかかわらず、受給資格者に対し、子ども医療費を支給することができる。

(届出義務)

第9条 受給資格者は、子どもについて住所、氏名その他規則で定める事項に変更があったときは、速やかに、町長に届け出なければならない。

(損害賠償との調整)

第10条 町長は、子どもが疾病又は負傷に関し損害賠償を受けたときは、その価額の限度において、子ども医療費の全部若しくは一部を支給せず、又は既に支給した子ども医療費の額に相当する金額を返還させることができる。

(不正利得の返還)

第11条 町長は、偽りその他不正の手段により、子ども医療費の支給を受けた者があるときは、その者から、その支給を受けた額に相当する額の全部又は一部を返還させることができる。

(受給権の保護)

第12条 子ども医療費の支給を受ける権利は、譲渡し、又は担保に供してはならない。

(委任)

第13条 この条例に定めるもののほか、この条例の施行に関し必要な事項は、規則で定める。

附 則

この条例は、昭和49年10月1日から施行し、同日以降に受ける医療に係る乳幼児医療費から適用する。

附 則（昭和52年条例第10号）

この条例は、昭和52年7月1日から施行する。

附 則（昭和60年条例第14号）

この条例は、公布の日から施行する。

附 則（平成8年条例第20号）

この条例は、公布の日から施行し、改正後の乳幼児医療費の支給に関する条例の規定は、平成6年10月1日から適用する。ただし、改正規定中、小児科外来診療料に係る部分は、平成8年4月1日から適用する。

附 則（平成9年条例第13号）

この条例は、公布の日から施行し、平成9年4月1日から適用する。

附 則（平成11年条例第1号）

この条例は、公布の日から施行する。

附 則（平成15年条例第10号）

- 1 この条例は、平成16年1月1日から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。
- 2 町長は、前項の規定にかかわらず、平成16年1月1日前においても、改正後の糸田町乳幼児医療費の支給に関する条例第2条第1号の乳幼児に係る乳幼児医療費の受給資格の認定を行い、及び受給資格者に対して乳幼児医療証を交付することができる。

附 則（平成18年条例第22号）

この条例は、平成18年10月1日から施行し、第3条第1項改正の「乳幼児のうち3歳に達する日の属する月の末日を経過したものにあつては、」については平成19年1月1日から施行する。

附 則（平成20年条例第14号）

（施行期日等）

- 1 この条例は、平成20年10月1日（以下「施行日」という。）から施行し、同日以降に受ける医療に係る乳幼児医療費から適用する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。
- 2 町長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の糸田町乳幼児医療費の支給に関する条例第2条第1号イの乳幼児に係る乳幼児医療費の受給資格の認定を行い、受給資格者に対して乳幼児医療証を交付することができる。

附 則（平成24年9月18日条例第10号）

（施行期日）

この条例は、平成24年10月1日から施行する。

附 則（平成27年6月19日条例第10号抄）

(施行期日等)

- 1 この条例は、平成27年10月1日（以下「施行日」という。）から施行し、施行日以降に受ける医療に係る子ども医療費、重度障害者医療費及びひとり親家庭等医療費から適用する。

(準備行為)

- 2 町長は、施行日前においても、第1条の規定による改正後の糸田町子ども医療費の支給に関する条例に基づく受給資格の認定を行い、受給資格者に対して子ども医療証を交付することができる。

○糸田町子ども医療費の支給に関する条例施行規則

昭和56年8月20日規則第3号

改正

昭和60年10月14日規則第6号
平成9年3月10日規則第2号
平成11年3月29日規則第3号
平成14年3月29日規則第2号
平成14年9月30日規則第8号
平成15年9月26日規則第7号
平成16年8月5日規則第8号
平成18年9月28日規則第17号
平成18年12月27日規則第21号
平成20年7月1日規則第8号
平成27年6月19日規則第6号
平成28年7月7日規則第16号
平成29年6月1日規則第6号
令和2年10月9日規則第12号

糸田町子ども医療費の支給に関する条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、糸田町子ども医療費の支給に関する条例（昭和49年糸田町条例第22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。

(受給資格の認定申請の手続)

第2条 条例第5条の規定により、子ども医療費の受給資格の認定を受けようとする者は、あらかじめ子ども医療費受給資格認定申請書に次に掲げる書類を添え、これを町長に提出しなければならない。

- (1) 医療保険各法による被保険者証、組合員証又は加入者証（以下「被保険者証等」という。）
- (2) 条例第3条に規定する保護者及びその配偶者の所得が福岡県子ども医療費支給事業費県費補助金の交付該当・非該当の判定が可能となる書類
- (3) その他町長が必要と認める書類

2 前項の規定により添付しなければならない書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類の添付を省略させることができる。

(医療証の交付及び未交付の通知)

第3条 条例第6条第1項の規定による子ども医療証（以下「医療証」という。）の交付は、町長が同条同項の受給資格者に対して医療証の交付の可否を子どもごとに審査したうえ行うものとする。

2 町長は、条例第6条第2項の規定により、医療証を交付しないものと決定したときは、その理由を付して当該受給資格者に対し通知するものとする。

(医療証の有効期限等)

第4条 医療証の有効期限は、次のとおりとする。

- (1) 条例第2条第1号アに該当する者 6歳に達する日以後の最初の3月31日
- (2) 条例第2条第1号イに該当する者 15歳に達する日以後の最初の3月31日

2 受給資格者は、医療証の有効期限が満了したときは、当該医療証を速やかに町長に返還しなければならない。

(医療証の再交付)

第5条 受給資格者は、医療証を破り、汚し、又は失ったときは、医療証再交付申請書を町長に提出し、医療証の再交付を受けることができる。

2 医療証を破り、又は汚した場合における前項の申請書には、その医療証を添えなければならない。

3 受給資格者は、医療証の再交付を受けた後、失った医療証を発見したときは、速やかに町長に返還しなければならない。

(保険医療機関等)

第6条 条例第7条で規定する規則で定める病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーションは、健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号の保険医療機関及び保険薬局、同法第88条の指定訪問看護事業者が運営する訪問看護ステーション、その他町長の定める病院、診療所又は薬局（以下「保険医療機関等」という。）とする。

(子ども医療費の請求)

第7条 保険医療機関等は、条例第8条第1項の規定により、子ども医療費の支払を町長に請求しようとするときは、請求書を町長に提出しなければならない。ただし、子どもが国民健康保険の被保険者以外にあっては、医療費請求書及び訪問看護療養費請求書を提出するものとする。

(子ども医療費の支給申請)

第8条 受給資格者は、条例第8条第3項の規定により子ども医療費の支給を受けようとするときは、必要な証拠書類を添えて子ども医療費支給申請書を町長に提出しなければならない。

2 町長は、子どもが糸田町国民健康保険の被保険者であって、当該子どもに係る子ども医療費の額を公簿等によって確認できるときは、前項の証拠書類の提出を省略させることができる。

(子ども医療費に関する決定の通知)

第9条 町長は、前条第1項による申請書が提出された場合において、子ども医療費の支給に関する決定をしたときは、文書をもってその内容を申請者に通知するものとする。この場合において、子ども医療費の全部又は一部につき不支給の決定をしたときは、その理由を付記するものとする。

(届出)

第10条 条例第9条で規定する規則で定める事項は、次に掲げるとおりとする。

(1) 子どもの住所及び氏名

(2) 子どもの世帯主又は被保険者、組合員若しくは加入者（以下「被保険者等」という。）の住所及び氏名

(3) 受給資格者の住所及び氏名（受給資格者が被保険者等でない場合のみ）

(4) 子どもの死亡

(5) 子どもの被保険者等

(6) 子どもの被保険者等に係る保険者

(7) その他町長が必要と認める事項

2 受給資格者は、条例第9条の規定により届出をしようとするときは、子ども医療変更届に医療証を添えこれを町長に提出しなければならない。

- 3 受給資格者は、条例第3条に規定する対象者でなくなったときは、子ども医療費受給資格喪失届に医療証を添えて、これを町長に提出しなければならない。
- 4 受給資格者は、子ども医療費の支給事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、その旨を直ちに町長に届け出なければならない。

(様式)

第11条 この規則の施行に関し必要な書類の様式は、次のとおりとする。

- (1) 子ども医療費受給資格(認定・更新)申請書兼台帳 様式第1号
- (2) 子ども医療証 様式第2号
- (3) 子ども医療証再交付申請書 様式第3号
- (4) 子障親医療費請求書(医科、歯科用) 様式第4号
- (5) 子障親医療費請求書(調剤用) 様式第5号
- (6) 子障親訪問看護療養費請求書 様式第6号
- (7) 子ども医療費支給申請書 様式第7号
- (8) 子ども医療変更届 様式第8号
- (9) 第三者の行為による傷病届 様式第9号
- (10) 子ども医療費受給資格喪失届 様式第10号

附 則

この規則は、昭和56年9月1日から施行し、同日以降における医療に係る乳幼児医療費から適用する。

附 則 (昭和60年規則第6号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和60年7月1日から適用する。

附 則 (平成9年規則第2号)

この規則は、公布の日から施行し、改正後の乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の規定は、平成6年10月1日から適用する。

附 則 (平成11年規則第3号)

この規則は、公布の日から施行する。ただし、様式第4号及び第5号の改正規定は平成9年9月1日から適用する。

附 則 (平成14年規則第2号)

この規則は、平成14年4月1日から施行する。

附 則 (平成14年規則第8号)

この規則は、平成14年10月1日から施行する。

附 則 (平成15年規則第7号)

(施行期日等)

1 この規則は、平成16年1月1日から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。

2 町長は、前項の規定にかかわらず、平成16年1月1日前においても、改正後の糸田町乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、糸田町乳幼児医療費の支給に関する条例の一部を改正する条例(平成15年糸田町条例第10号)による受給資格の認定及び受給資格者に対する乳幼児医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則 (平成16年規則第8号)

この規則は、公布の日から施行し、平成16年8月5日から適用する。

附 則 (平成18年規則第17号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成18年10月1日から施行する。ただし、第7条改正及び第11条に定める様式第4号から様式第6号については、平成19年11月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 規則第11条に定める様式第4号から様式第6号までの様式については、当分の間、改正前の様式を取繕って使用することができる。

附 則 (平成18年規則第21号)

この規則は、平成19年1月1日から施行する。

附 則 (平成20年規則第8号)

(施行期日等)

- 1 この規則は、平成20年10月1日(以下「施行日」という。)から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。
- 2 町長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の糸田町乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、乳幼児医療費の支給に関する条例の一部を改正する条例(平成20年条例第14号)による受給資格の認定及び受給資格者に対する乳幼児医療証の交付の手続きをすることができる。

附 則 (平成27年6月19日規則第6号)

(施行期日等)

- 1 この規則は、平成27年10月1日から施行する。
- 2 町長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても改正後の糸田町子ども医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、受給資格の認定及び受給資格者に対する医療証の交付手続をすることができる。

附 則 (平成28年7月7日規則第16号)

この規則は、平成28年10月1日から施行する。

附 則 (平成29年6月1日規則第6号)

(施行期日)

この規則は、平成29年7月1日から施行する。

附 則 (令和2年10月9日規則第12号)


(施行期日)

この規則は、令和2年11月1日から施行する。

様式第1号 (第11条関係)

子ども医療費受給資格(認定・更新)申請書兼台帳											
医療証番号				資格認定年月日		年 月 日		申請事由			
子ども	フリガナ	〒 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇				男・女	生				
保護者	フリガナ	〒 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇				男・女	生				
生計維持者	フリガナ	〒 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇				男・女	生				
保険種別		被保険者の氏名、記号・番号				氏名	記号	番号			
保険者名		保険者番号				所在地	付加給付の有無		有・無		
所得の状況		年分 所得額	所得区分	ア 被用者又は公務員	扶養親属等及び児童の数		人	児童手当の受給の有無		有・無	
			イ 雇用者等でない者	ひとり暮らし世帯(世帯員及び老人扶養親属の合計数)		人					
<p>上記のとおり、子ども医療費受給資格認定を申請します。医療費の支給等に必要な所得・資産状況を正確に申告することに同意します。</p> <p>当該申請に関して糸田町が市町村長権限に係る情報および児童手当の支給に関する情報等の提供を受けるために個人番号を利用することを承認します。</p> <p>〇〇年 〇〇月 〇〇日 申請者 住所 氏名 印 (シール)</p> <p>加田郡糸田町長 印</p>											
重要事項	印刷後の消滅期		市町村証明有効期		判定	備考欄					
	有		有		可・否						

様式第2号 (第11条関係)

(表 面)				(裏 面)								
 福岡県糸田町子ども医療証				注 意 事 項								
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで			<p>1. この証は、市町村の条例により子ども医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。</p>								
負担者番号	8	1	4	0	1	1	4	3	<p>2. 子どもが保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。</p>			
受給者番号									<p>3. 子どもが市町村の区域外に転出したとき、又は有効期間を経過したときは、この証を使用することができませんので、速やかに市町村長に返してください。</p>			
受給者	住所							<p>4. 子どもやその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。</p>				
	氏名							男・女	<p>5. 子どもが加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに市町村長にその旨を届け出てください。</p>			
	生年月日	年 月 日						<p>6. この証では、交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額の経費は、公費負担されません。</p>				
一部自己負担金	入院 徴収しない 入院外 徴収しない							<p>7. 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えない場合がありますからご了承ください。(後日、市町村に払い戻しの申請を行ってください。)</p>				
発行機関名及び印	福岡県 糸田町長											
交付年月日	年 月 日											
<p>※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。</p>												

子ども医療証再交付申請書

年 月 日

糸田町長 様

住 所

申請者

氏 名

印

下記のとおりですから、子ども医療証を再交付して下さるよう申請します。

子ども医療証
の受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

子どもの氏名

申請の理由

1. なくした
2. やぶれた
3. よごれた
4. その他()

様式第4号 (第11条関係)

1	3	8
医科	歯科	医保

平成 年 月分 子障親医療費請求書

4 0

殿

医療機関
コード

下記のとおり請求する。
平成 年 月 日

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

㊟

	保険給付別		件数	診療 実日数	総点数	子・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備考
	7割	8割						
⑤ 子ども	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
	割	請求						
		*決定						
⑥ 障害者	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
	割	請求						
		*決定						
⑨ ひとり親	7割	請求						
		*決定						
	8割	請求						
		*決定						
	割	請求						
		*決定						

(注) 赤印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

様式第5号 (第11条関係)

4	8
調剤医保	

平成 年 月分 子障親医療費請求書

4 0

殿

業 局
コ ー ド

下記のとおり請求する。
平成 年 月 日

保険医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名

印

	保険給付別		件数	処方せん の枚数	総点数	一部負担金	備考
	割合	別					
⑤ 子ども	7割	請求					
		*決定					
	8割	請求					
		*決定					
	割	請求					
		*決定					
	保険給付別		件数	処方せん の枚数	総点数	一部負担金	備考
	割合	別					
⑥ 障害者	7割	請求					
		*決定					
	8割	請求					
		*決定					
	割	請求					
		*決定					
	保険給付別		件数	処方せん の枚数	総点数	一部負担金	備考
	割合	別					
⑨ ひとり親	7割	請求					
		*決定					
	8割	請求					
		*決定					
	割	請求					
		*決定					

(注) 金印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

平成 年 月分 子障親訪問看護療養費請求書

4 0

殿

訪問看護
ステーションコード

下記のとおり請求する。
平成 年 月 日

訪問看護ステーションの
所在地及び名称
開設者氏名

印

	保険給付別	件数	実日数	総金額	子・障・親訪問看護療養費給付外の額	※金額	備考
⑤ 子ども	7割	請求					
		*決定					
	8割	請求					
		*決定					
	割	請求					
		*決定					
	保険給付別	件数	実日数	総金額	子・障・親訪問看護療養費給付外の額	※金額	備考
	⑥ 障害者	7割	請求				
*決定							
8割		請求					
		*決定					
割		請求					
		*決定					
	保険給付別	件数	実日数	総金額	子・障・親訪問看護療養費給付外の額	※金額	備考
	⑨ ひとり親	7割	請求				
*決定							
8割		請求					
		*決定					
割		請求					
		*決定					

(注) 捺印の欄は記入しないでください。
この様式で国保該当者分の請求はできません。
実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

様式第7号 (第11条関係)

子ども医療費支給申請書

年 月 日

糸田町長 様

申請者

住所.....

氏名.....㊟

電話.....

次のとおり、(一部負担金・療養費)を支払いましたので、子ども医療費の支給を申請します。

医療証 の受給者番号		被保険者証等 の記号・番号	
子ども氏名		保険者名称	
生年月日		世帯主 被保険者等 氏名	
傷病名	療養期間 年 月 日から 年 月 日まで		
医療機関	所在地		
	名称		
医療費総額	円	申請額	円
申請理由 (該当する番号 を○で囲む)	1. 医療保険各法による療養費が支給された 2. 県外の医療機関等で受診した 3. その他 ()		
振込先	銀行名	銀行・農協・信用金庫	
	支店名	本店・支店・出張所	
	口座番号	普通・当座	
<input type="checkbox"/> 前回と変更なし	フリガナ 名義人		

様式第8号（第11条関係）

子　　ど　　も　　医　　療　　変　　更　　届

年　　月　　日

糸田町長　様

届出人　　住所

氏名　　(印)

受給者　氏名

子ども医療証の
受給者番号

--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり変更がありましたので、お届けします。

I 変更事由（該当するものを○で囲む）

- 1 子どもの住所 2 世帯主等の住所 3 子どもの氏名
 4 世帯主等の氏名 5 子どもの世帯主、被保険者等
 6 被保険者証等の記号・番号
 7 その他（ ）

II 変更の内容

変更年月日	変　更　前	変　更　後

様式第9号 (第11条関係)

【医保子障親用】

第三者の行為による傷病届

平成 年 月 日

糸田町長 様

届出人 住所 _____

氏名 _____ 印

電話 _____

次のおりお届けします。

受給者番号					
受給者	フリガナ			生年月日	明 大 年 月 日 (才)
	氏名			性別	男・女 職業
事故の内容	発生日時	平成 年 月 日		午前・午後 時 分頃	
	発生場所				
	事故原因と状況				
	警察署への届	届済・未届 (いづれか○印)	届出所轄署	警察署	
	心身の状況	相手者	正常・いねわり・疲労・飲酒・病気 ()		
受給者		正常・いねわり・疲労・飲酒・病気 ()			
受給者の人身傷害補償保険について	有・無	損保名[会社]	〒ヒスセン	
		担当者名[]電話番号[

相手者	住所				
	フリガナ			電話	
	氏名	性別	男・女	年齢	才 職業
	保有者との関係	本人・従業員・親族・その他 ()			
第三者(相手者)関係	住所(所在地)	電話			
	名称				
	代表者				
	契約者との関係	本人・譲受人・借受人・その他 ()			

第三者の 共済関係	自賠責 共済 契約者	保険会社(又は農協)			共済 証明書番号	
		住 所	電話			
	フリガナ			共済 保 険	自 平成 年 月 日	
	氏 名				至 平成 年 月 日	
	相手の自動車	車種		登録番号 プレートナンバー	車台 番号	
任意保険(対人) の有無	有・無	契約保険会社	保険会社(共済)			〒-ビル名
		証券番号	第	電話番号: ()	担当者	

治 療 開 係	傷病名及び傷病の程度				治療終了日【 年 月 日】
	医療機関の所在地・名称				
診 療 の 期 間	平成 年 月 日より	平成 年 月 日より	平成 年 月 日より	平成 年 月 日より	
	平成 年 月 日まで	平成 年 月 日まで	平成 年 月 日まで	平成 年 月 日まで	
	入院・外来の別(入・外)	入院・外来の別(入・外)	入院・外来の別(入・外)	入院・外来の別(入・外)	
示 談	示談が成立した(平成 年 月 日) ・ 交渉中 ・ 示談はしない 示談をする予定(月ごろ) ・ 裁判の見込み				
損害賠償金を受領した場合	名 目	金額又は品目	受領年月日		

注1. 交通事故の場合は、次の書類を添付してください。

- 交通事故証明書(自動車安全運転センターが交付する原本) 1部
- 交通事故発生状況報告書(同封の用紙に記入) 1部
- 念書(同封の用紙に受給者側で記入) 1部
- 誓約書(同封の用紙に相手者側で記入) 1部
- 同意書(同封の用紙に受給者側・相手者側それぞれで記入) 1部
- 示談書の写し(示談書が作成されている場合のみ) 1部

2. この届書の内容で提出の時までわからないこと(第三者関係など)があれば、一応空白のまま提出し、判明次第おって連絡して下さい。
3. 添付書類についても、すぐ揃わないものは後で提出して下さい。
4. 詳しいことは、下記にお尋ね下さい。

連絡先	課 係	担当者()
		電 話()

様式第10号 (第11条関係)

子ども医療費受給資格喪失届

年 月 日

糸田町長 様

住所

届出人

氏名

印

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。

受給資格喪失の事由	1. 転出予定
	2. 生活保護受給
	3. 死亡
	4. その他()

受給資格喪失年月日	年 月 日
医療証	受給者番号
	氏 名