砂川市規則第２１号
令和　５年　６月２６日

砂川市福祉医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

砂川市長　　飯　　澤　　明　　彦

（　別　　紙　）

砂川市福祉医療費助成条例施行規則の一部を改正する規則

砂川市福祉医療費助成条例施行規則（昭和48年規則第11号）の一部を次のように改正する。

第１条の２第１項各号列記以外の部分中「第２条第９号」を「第５条」に改め、同項第１号中「６歳の誕生日の前日以後の最初の３月31日までの間にある受給者又は６歳の誕生日以後の最初の４月１日から12歳の誕生日の前日以後の最初の３月31日までの間にあって受給者の属する世帯全員（生計維持者を含む。）が市町村民税非課税である受給者」を「18歳に達する日以後の最初の３月31日までの間にある受給者」に改め、「及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）第78条第４項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額に同法第67条第１項第１号に定める割合を乗じて得た額（以下「基本利用料」という。）」を削り、同項第２号ア中「基本利用料」を「高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）第78条第４項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額に同法第67条第１項第１号に定める割合を乗じて得た額（以下「基本利用料」という。）」に改める。

第２条中「第３条各号」を「第３条第１項第１号及び第３号」に改める。

第３条第１項第３号中「乳幼児等」を「子ども」に改め、同条第２項に次のただし書を加える。

ただし、市長が特に認めた場合は、この限りでない。

第３条第２項第２号中「第３条第１号」を「第３条第１項第１号」に改め、同項第３号中「第３条第３号」を「第３条第１項第３号」に改め、同項第４号中「第３条各号」を「第３条第１項各号」に改め、同項第５号中「第１条の２各号のアに規定する者」を「第１条の２第１項第１号又は第２号に規定する受給者において、当該受給者の属する世帯全員（生計維持者を含む。）が市町村民税非課税である場合」に改める。

第４条第１項第２号中「乳幼児等」を「子ども」に改め、同条第４項ただし書中「ただし、」の次に「市長が特に認めた場合は、この限りでない。また、」を加える。

第６条第１項第３号中「乳幼児等」を「子ども」に改める。

別表（第２条関係）第１項第１号中「第３条第１号」を「第３条第１項第１号」に改め、同項第２号を削り、同項第３号中「第３条第３号」を「第３条第１項第３号」に改め、同号を第２号とし、同表第２項第１号中「第３条第１号」を「第３条第１項第１号」に改め、同項第２号を削り、同項第３号中「第３条第３号」を「第３条第１項第３号」に改め、同号を第２号とし、同表第３項第１号中「第３条第１号」を「第３条第１項第１号」に改め、同項第２号を削り、同項第３号中「第３条第３

号」を「第３条第１項第３号」に改め、同号を第２号とする。

別記第１号の４様式から別記第５号様式まで、別記第９号様式、別記第10号様式及び別記第11号の２様式を次のように改める。

附　則

（施行期日）

１　この規則は、令和６年４月１日から施行する。ただし、第１条の２第１項各号列記以外の部分の改正規定、第１条の２第１項第２号ア、第３条第１項第３号、第４条第１項第２号、同条第４項ただし書及び第６条第１項第３号の改正規定並びに別記第１号の４様式から別記第５号様式まで、別記第９号様式、別記第10号様式及び別記第11号の２様式の改正規定は、令和５年８月１日から施行する。

（調整規定）

２　前項のただし書に掲げる施行の日から令和６年３月31日までの間における次の各号に掲げる規定の適用については、当該各号に定めるとおりとする。

（１）　第１条の２　同条第１号中「６歳の誕生日の前日以後の最初の３月31日までの間にある受給者又は６歳の誕生日以後の最初の４月１日から12歳の誕生日の前日以後の最初の３月31日までの間にあって受給者の属する世帯全員（生計維持者を含む。）が市町村民税非課税である受給者　健康保険法（大正11年法律第70号）第85条第２項に規定する額（以下「食事療養標準負担額」という。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）第78条第４項に規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額に同法第67条第１項第１号に定める割合を乗じて得た額（以下「基本利用料」という。）」とあるのは、「12歳に達する日以後の最初の３月31日までの間にある受給者　健康保険法（大正11年法律第70号）第85条第２項に規定する額（以下「食事療養標準負担額」という。）」とする。

（２）　第２条　同条中「第３条各号」とあるのは、「第３条第１号及び第３号」とする。

（３）　別表　同表第１項中第２号を削り、第３号を第２号とし、同表第２項中第２号を削り、第３号を第２号とし、同表第３項中第２号を削り、第３号を第２号とする。

（経過措置）

３　前項の規定を適用した第１条の２第１項第１号、第２条及び別表の規定は、令和５年８月１日以後の診療に係る医療費について適用し、同日前の診療に係る医療費については、なお従前の例による。

４　この規則による改正後の第１条の２第１項第１号、第２条及び別表の規定は、令和６年４月１日以後の診療に係る医療費について適用し、同日前の診療に係る医療費については、なお従前の例による。

別記第１号の４様式（第３条関係）

福祉医療費受給者証交付申請書（子ども）

年　　月　　日

砂川市長　　様

住　所　砂川市

申請者　氏　名

電　話

対象者との続柄

下記のとおり、子ども医療費受給者証の交付を申請します。

なお、市町村民税の課税状況を税務担当部署で確認することについて同意いたします。

記

<table>
<tr><td colspan="2">※　受　給　者　番　号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td>ふ　り　が　な</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>生　年　月　日</td><td>年　月　日
（　　歳）</td><td>年　月　日
（　　歳）</td><td>年　月　日
（　　歳）</td><td>年　月　日
（　　歳）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">保護者との続柄</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">申請者との同居別居の別</td><td>同居　　別居</td><td>同居　　別居</td><td>同居　　別居</td><td>同居　　別居</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">父　母　の　氏　名</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">医療保険</td><td>被保険者氏名</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">記号
番号</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">付加
給付</td><td rowspan="2">有　・　無</td></tr>
<tr><td>保　険　種　別</td><td colspan="2">政・組・日・船・共・国</td></tr>
<tr><td>被保険者証
発行機関名</td><td colspan="2"></td><td>所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">添　付　書　類</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">※決定欄</td><td>決　定　年　月　日</td><td colspan="5">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="6">１　上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので受給者証を交付する。
２　次の理由により上記申請を却下する。</td></tr>
<tr><td colspan="6">却下理由</td></tr>
<tr><td rowspan="2">適要</td><td colspan="2">※　課税台帳　　月　　日　確認</td><td>所得確認</td><td>係</td><td>係　　長</td><td>課長補佐</td><td>課　　長</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

（注）※欄は記入しないでください。

別記第２号様式（第４条関係）

障初	重度心身障害者医療費受給者証		
公費負担者番号		受給者番号	
受給者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年　月　日	
有効期限	年　月　日から 年　月　日まで ※精神障がい者の場合は以下の文言を付記 【入院医療は助成対象外】 ※小学生以下（令和６年４月診療分からは高校生以下）の受給者の場合は以下の文言を付記 【自己負担なし】 ※受給者証の有効期限が令和６年７月31日までの場合に限り、平成18年４月２日から平成23年４月１日生まれの受給者であって令和６年３月31日以前に資格を取得した受給者の場合は以下の文言を付記 【３月31日までは公費番号45010261のみ】 【４月１日以降は自己負担なし】		
発行機関名及び印			
交付年月日	年　月　日		

注　意　事　項

1　この証で北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際は、次の一部負担金を支払ってください。ただし、小学生以下（令和６年４月診療分からは高校生以下）の一部負担金は砂川市で全額助成します。

(1)　障初の場合　初診時一部負担金

ア　医科　580円　イ　歯科　510円　ウ　柔道整復　270円

(2)　障課の場合　医療費の１割負担に相当する額

2　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、この証を必ず窓口に提出してください。

3　受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返還してください。

4　氏名、居住地、加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。

5　この証を破ったり、汚したり又は紛失したりしたときは、再交付を受けてください。

6　有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。

7　不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。

8　この手続等についての問い合わせは

砂川市市民部市民生活課保険係へ　℡　0125－74－4745

保険医療機関等の皆様へ

診療報酬明細書の請求

1　有効期限欄に【自己負担なし】の表示がある場合

障初の初診時と障課においては、医療保険と公費45・公費46の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は砂川市で助成しますので、上記注意事項に記載の一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。

2　１以外の場合

医療保険と公費45の併用で請求し、医療保険の請求点数は「保険欄」に、上記注意事項に記載の一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。

※　１・２どちらの場合も障初で初診時以外の月は、医療保険と公費45の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

※　【４月１日以降は自己負担なし】の表示がある場合は、３月診療分までは上記２と同様に、４月診療分からは上記１と同様に請求してください。

別記第２号の２様式（第４条関係）

障課	重度心身障害者医療費受給者証		
公費負担者番号		受給者番号	
受給者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年　月　日	
有効期限	年　月　日から 年　月　日まで ※精神障がい者の場合は以下の文言を付記 【入院医療は助成対象外】 ※３歳到達年度の受給者の場合は以下の文言を付記 【誕生月末までは障初扱い】 ※小学生以下（令和６年４月診療分からは高校生以下）の受給者の場合は以下の文言を付記 【自己負担なし】 ※受給者証の有効期限が令和６年７月31日までの場合に限り、平成18年４月２日から平成23年４月１日生まれの受給者であって令和６年３月31日以前に資格を取得した受給者の場合は以下の文言を付記 【３月31日までは公費番号45010261のみ】 【４月１日以降は自己負担なし】		
発行機関名及び印			
交付年月日	年　月　日		

注　意　事　項

1　この証で北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際は、次の一部負担金を支払ってください。ただし、小学生以下（令和６年４月診療分からは高校生以下）の一部負担金は砂川市で全額助成します。

(1)　障初の場合　初診時一部負担金

ア　医科　580円　イ　歯科　510円　ウ　柔道整復　270円

(2)　障課の場合　医療費の１割負担に相当する額

2　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、この証を必ず窓口に提出してください。

3　受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返還してください。

4　氏名、居住地、加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。

5　この証を破ったり、汚したり又は紛失したりしたときは、再交付を受けてください。

6　有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。

7　不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。

8　この手続等についての問い合わせは

砂川市市民部市民生活課保険係へ　℡　0125‐74‐4745

保険医療機関等の皆様へ

診療報酬明細書の請求

1　有効期限欄に【自己負担なし】の表示がある場合

障初の初診時と障課においては、医療保険と公費45・公費46の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は砂川市で助成しますので、上記注意事項に記載の一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。

2　１以外の場合

医療保険と公費45の併用で請求し、医療保険の請求点数は「保険欄」に、上記注意事項に記載の一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。

※　１・２どちらの場合も障初で初診時以外の月は、医療保険と公費45の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

※　【４月１日以降は自己負担なし】の表示がある場合は、３月診療分までは上記２と同様に、４月診療分からは上記１と同様に請求してください。

別記第２号の３様式（第４条関係）

老初	重度心身障害者医療費受給者証			
公費負担者番号			受給者番号	
受給者	住　　所			
	氏　　名			男・女
	生年月日	年　　月　　日		
有効期限	年　　月　　日から 年　　月　　日まで ※精神障がい者の場合は以下の文言を付記 【入院医療は助成対象外】			
発行機関名及び印				
交付年月日	年　　月　　日			

注　　意　　事　　項

1　この証で北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際は、次の一部負担金を支払ってください。

(1)　老初の場合（被保険者証の負担割合が１割の方）

初診時一部負担金（初診の場合に限る）

①　医科　580円

②　歯科　510円

③　柔道整復　270円

④　その他市長が定める額

(2)　老課の場合（被保険者証の負担割合が２割又は３割の方）

①　医科、歯科、調剤、柔道整復の場合　１割に相当する額

②　その他市長が定める額

2　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、この証を必ず窓口に提出してください。

3　受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返還してください。

4　氏名、居住地、加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。

5　この証を破ったり、汚したり又は紛失したときは、再交付を受けてください。

6　有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。

7　不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。

8　この手続等についての問い合わせは

砂川市市民部市民生活課保険係へ　℡　0125 - 74 - 4745

保険医療機関等の皆様へ

診療報酬明細書の請求

医療保険と公費45の併用で請求し、医療保険の請求点数は「保険欄」に、上記注意事項に記載の一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。

老初で初診時以外の月については、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

別記第２号の４様式（第４条関係）

老課

重度心身障害者医療費受給者証

公費負担者番号		受給者番号	
受給者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年　月　日	
有効期限	年　月　日から 年　月　日まで ※精神障がい者の場合は以下の文言を付記 【入院医療は助成対象外】		
発行機関名及び印			
交付年月日	年　月　日		

注　意　事　項

1　この証で北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際は、次の一部負担金を支払ってください。

(1)　老初の場合（被保険者証の負担割合が１割の方）

初診時一部負担金（初診の場合に限る）

①　医科　580円

②　歯科　510円

③　柔道整復　270円

④　その他市長が定める額

(2)　老課の場合（被保険者証の負担割合が２割又は３割の方）

①　医科、歯科、調剤、柔道整復の場合　１割に相当する額

②　その他市長が定める額

2　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、この証を必ず窓口に提出してください。

3　受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返還してください。

4　氏名、居住地、加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。

5　この証を破ったり、汚したり又は紛失したときは、再交付を受けてください。

6　有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。

7　不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。

8　この手続等についての問い合わせは

砂川市市民部市民生活課保険係へ　℡　0125 - 74 - 4745

保険医療機関等の皆様へ

診療報酬明細書の請求

医療保険と公費45の併用で請求し、医療保険の請求点数は「保険欄」に、上記注意事項に記載の一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。

老初で初診時以外の月については、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

別記第３号様式（第４条関係）

乳初	子　ど　も　医　療　費　受　給　者　証			
公費負担者番号			受給者番号	
受給者	住　　所			
	氏　　名			男・女
	生年月日	年　　月　　日		
有効期限	年　　月　　日から 年　　月　　日まで ※以下の文言を付記 【自己負担なし】			
発行機関名及び印				
交付年月日	年　　月　　日			

注　　意　　事　　項

1　この証で北海道内の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、この証を必ず窓口に提出してください。一部負担金を砂川市で全額助成します。

2　受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返還してください。

3　氏名、居住地、加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。

4　この証を破ったり、汚したり又は紛失したりしたときは、再交付を受けてください。

5　有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。

6　不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。

7　この手続等についての問い合わせは

砂川市市民部市民生活課保険係へ　℡　0125 - 74 - 4745

保険医療機関等の皆様へ

診療報酬明細書の請求

1　就学前受給者及び小学生の入院・指定訪問看護

乳初の初診時と乳課においては、医療保険と公費90・公費91の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は砂川市で助成しますので、一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。乳初で初診時以外の月については、医療保険と公費90の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

(1)　乳初の場合　初診時一部負担金

ア　医科　580円　イ　歯科　510円　ウ　柔道整復　270円

(2)　乳課の場合　医療費の１割負担

2　小学生の通院

医療保険と公費92の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

3　公費負担者番号欄の表示が公費92のみの場合

年齢に関わらず医療保険と公費92の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

別記第３号の２様式（第４条関係）

乳課	子　ど　も　医　療　費　受　給　者　証			
公費負担者番号			受給者番号	
受給者	住　　所			
	氏　　名			男・女
	生年月日	年　　月　　日		
有　効　期　限	年　　月　　日から 年　　月　　日まで ※３歳到達年度の受給者は以下の文言を付記 【誕生月末までは乳初扱い】 ※以下の文言を付記 【自己負担なし】			
発行機関名及び印				
交付年月日	年　　月　　日			

注　　意　　事　　項

1　この証で北海道内の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、この証を必ず窓口に提出してください。一部負担金を砂川市で全額助成します。

2　受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返還してください。

3　氏名、居住地、加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。

4　この証を破ったり、汚したり又は紛失したりしたときは、再交付を受けてください。

5　有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。

6　不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。

7　この手続等についての問い合わせは

砂川市市民部市民生活課保険係へ　℡　0125 - 74 - 4745

保険医療機関等の皆様へ

診療報酬明細書の請求

1　就学前受給者及び小学生の入院・指定訪問看護

乳初の初診時と乳課においては、医療保険と公費90・公費91の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は砂川市で助成しますので、一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。乳初で初診時以外の月については、医療保険と公費90の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

(1)　乳初の場合　初診時一部負担金

ア　医科　580円　イ　歯科　510円　ウ　柔道整復　270円

(2)　乳課の場合　医療費の１割負担

2　小学生の通院

医療保険と公費92の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

3　公費負担者番号欄の表示が公費92のみの場合

年齢に関わらず医療保険と公費92の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

別記第４号様式（第４条関係）

親初	ひとり親家庭等医療費受給者証		
公費負担者番号		受給者番号	
受給者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年　月　日	
有効期限	年　月　日から 年　月　日まで ※小学生以下（令和６年４月診療分からは高校生以下）の受給者の場合は以下の文言を付記 【自己負担なし】 ※受給者証の有効期限が令和６年７月31日までの場合に限り、平成18年４月２日から平成23年４月１日生まれの受給者であって令和６年３月31日以前に資格を取得した受給者の場合は以下の文言を付記 【３月31日までは公費番号93010262のみ】 【４月１日以降は自己負担なし】 ※親の場合は以下の文言を付記 【入院・指定訪問看護のみ】		
発行機関名及び印			
交付年月日	年　月　日		

注　意　事　項

1　この証で北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際は、次の一部負担金を支払ってください。ただし、小学生以下（令和６年４月診療分からは高校生以下）の一部負担金は砂川市で全額助成します。

(1)　親初の場合　初診時一部負担金

ア　医科　580円　イ　歯科　510円　ウ　柔道整復　270円

(2)　親課の場合　医療費の１割負担に相当する額

2　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、この証を必ず窓口に提出してください。

3　受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返還してください。

4　氏名、居住地、加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。

5　この証を破ったり、汚したり又は紛失したりしたときは、再交付を受けてください。

6　有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。

7　不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。

8　この手続等についての問い合わせは

砂川市市民部市民生活課保険係へ　℡　0125－74－4745

保険医療機関等の皆様へ

診療報酬明細書の請求

1　有効期限欄に【自己負担なし】の表示がある場合

親初の初診時と親課においては、医療保険と公費93・公費94の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は砂川市で助成しますので、上記注意事項に記載の一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。

2　１以外の場合

医療保険と公費93の併用で請求し、医療保険の請求点数は「保険欄」に、上記注意事項に記載の一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。

※　１・２どちらの場合も親初で初診時以外の月は、医療保険と公費93の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

※　【４月１日以降は自己負担なし】の表示がある場合は、３月診療分までは上記２と同様に、４月診療分からは上記１と同様に請求してください。

別記第４号の２様式（第４条関係）

親課	ひとり親家庭等医療費受給者証		
公費負担者番号		受給者番号	
受給者	住所		
	氏名		男・女
	生年月日	年　月　日	
有効期限	年　月　日から 年　月　日まで ※３歳到達年度の受給者は以下の文言を付記 【誕生月末までは親初扱い】 ※小学生以下（令和６年４月診療分からは高校生以下）の受給者の場合は受給者の場合は以下の文言を付記 【自己負担なし】 ※受給者証の有効期限が令和６年７月31日までの場合に限り、平成18年４月２日から平成23年４月１日生まれの受給者であって令和６年３月31日以前に資格を取得した受給者の場合は以下の文言を付記 【３月31日までは公費番号93010262のみ】 【４月１日以降は自己負担なし】 ※親の場合は以下の文言を付記 【入院・指定訪問看護のみ】		
発行機関名及び印			
交付年月日	年　月　日		

注　意　事　項

1　この証で北海道内の保険医療機関等において診療を受ける際は、次の一部負担金を支払ってください。ただし、小学生以下（令和６年４月診療分からは高校生以下）の一部負担金は砂川市で全額助成します。

(1)　親初の場合　初診時一部負担金

ア　医科　580円　イ　歯科　510円　ウ　柔道整復　270円

(2)　親課の場合　医療費の１割負担に相当する額

2　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、この証を必ず窓口に提出してください。

3　受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を市長に返還してください。

4　氏名、居住地、加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。

5　この証を破ったり、汚したり又は紛失したりしたときは、再交付を受けてください。

6　有効期限を経過したときは、この証は使用することはできませんので、速やかに市長に返還してください。

7　不正にこの証を使用した者は、刑法により罰せられます。

8　この手続等についての問い合わせは

砂川市市民部市民生活課保険係へ　℡　0125 - 74 - 4745

保険医療機関等の皆様へ

診療報酬明細書の請求

1　有効期限欄に【自己負担なし】の表示がある場合

親初の初診時と親課においては、医療保険と公費93・公費94の併用で請求してください。なお、医療保険の請求点数は「保険欄」に、一部負担金は砂川市で助成しますので、上記注意事項に記載の一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。

2　１以外の場合

医療保険と公費93の併用で請求し、医療保険の請求点数は「保険欄」に、上記注意事項に記載の一部負担金を公費①の一部負担金欄へ記載してください。

※　１・２どちらの場合も親初で初診時以外の月は、医療保険と公費93の併用で請求し、「保険欄」に請求点数のみ記載してください。

※　【４月１日以降は自己負担なし】の表示がある場合は、３月診療分までは上記２と同様に、４月診療分からは上記１と同様に請求してください。

別記第５号様式（第４条関係）

医療費受給者証再交付申請書

年　　月　　日

砂川市長　　様

申請者　住　所　砂川市
　　氏　名

下記の理由により医療費受給者証の再交付を申請します。

記

受給者	住　　所	
	氏　　名	
	受　給　者　証	・重度　・障老　・ひとり親等　・子ども
	受給者証番号	第　　号
理由	１　破損したため ２　汚損したため ３　紛失したため ４　その他（　　）	

※　破損、汚損の場合は旧受給者証を添付してください。

係	係　長	課長補佐	課　長

子 ど も 医 療 費 請 求 書

年　　月分下記のとおり請求する。

砂川市長　　様

医療機関等の
所在地及び名称
開設者氏名　　印

区分	保険給付	入・外区分	件数	診療報酬請求総点数（10割分）	一部負担金	請求金額	請求事務手数料
請求	7割	入院	件	点		円	円
		入院外					
	8割	入院					
		入院外					
※決定	7割	入院					
		入院外					
	8割	入院					
		入院外					

（内　　訳　　書）

診療年月	受給者番号	患者氏名	入院外来別	一部負担金	診療報酬請求総点数		※請求金額
					7割分	8割分	
年 月			入・外		点	点	円
			入・外				
			入・外				
			入・外				
			入・外				
			入・外				
			入・外				
			入・外				
			入・外				
			入・外				
			入・外				
			入・外				
			入・外				
			入・外				
			入・外				
小　　計		件数	件				

（注）※の欄は記入しないでください。

別記第10号様式（第６条関係）

医療費支給申請書（償還払用）

年　　月　　日

砂川市長　　様

住　所　砂川市

申請者　氏　名

電　話

医療費の支給を受けたいので、証拠書類を添えて申請します。

記

受給者	加入医療保険			記号番号	
	受給者証番号等	第　　号（重度・障老・子ども・ひとり親家庭等）			
	住　　所	砂川市			
	氏　　名		生年月日	年　月　日（　歳）	
医療を受けた病院等	名　称				
	住　所				
診療内容	①入院　②入院外	期間　年　月　日～　年　月　日		療養日数　日	
	発病の原因				
	療養に要する費用	総額　円	保険者割合　割	申請額　円	
振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店 本店 本所	普通 ・ 当座	口座番号	
				口座名義（カタカナ）	

支給決定決議書(申請に対し支給決定してよろしいか)						初診料　：　有　・　無		
区　分　：　課　・　初　・　所得制限　（未就学・小学生・中学生・高校生等・その他）								
支給決定額		医科(入院)	医科(入院外)	歯科分	調剤分	補装具	その他	計
	補助分							
	初診時負担金							
	市単独分							
	合　計							

※証拠書類として添付するもの　保険負担分が現物～医療機関領収書　保険負担分と本人負担分も償還～保険者の証明書

備考	

係	係　長	課長補佐	課　長

別記第10号様式（第６条関係）

別記第11号の２様式（第６条関係）

子ども医療費領収書様式

子 ど も 医 療 費 領 収 書

患　者　氏　名	領　収　金　額							摘　要
							円	外 入

年　　月　　日発行（　　回分）

医療機関の所在地
及　び　名　称
開 設 者 の 氏 名

（保護者の方へ）

１　この領収書には、健康保険の対象とならない費用（容器代、往診時車代、診断書料、オムツ代等）は含まれておりません。

２　この領収書は、患者氏名を記入して〇か月分を取りまとめのうえ、「子ども医療費受給者証」と「通帳」を必ず携行して、市町村長に請求してください。

３　「領収書」等を訂正した場合には、給付を行いませんので、特に注意をしてください。

４　この領収書は、再発行いたしませんから、大切に保管してください。

◎　子ども医療費助成事業に伴う「領収書」の記入要領について、次によりご協力ください。

（記入要領）

１　「領収金額」欄の記入については、保険給付対象分について、窓口において徴収した金額を記入すること。

２　「領収金額」は、算用数字で記入し、その前の欄に必ず「￥」を記入すること。

（例……

￥	1	2	3	0	円

のように）

３　入院外の場合には、「外」を、入院の場合には、「入」をそれぞれ摘要欄の「外」「入」を〇で囲むこと。（例…㊥・㊦のように）

４　年月日の（　回分）欄には、入院・通院とも数回分をまとめて領収した場合にのみ記入すること。

５　受給者証の有効期限を経過した者に対しては、この領収書は発行しないこと。