

○大牟田市子ども医療費の支給に関する条例施行規則

昭和49年10月31日規則第20号

改正

昭和52年7月19日規則第11号  
昭和60年4月13日規則第2号  
昭和60年7月12日規則第6号  
平成7年3月31日規則第40号  
平成8年10月16日規則第24号  
平成11年4月1日規則第3号  
平成14年9月30日規則第30号  
平成15年12月26日規則第32号  
平成16年1月29日規則第53号  
平成17年10月1日規則第49号  
平成18年9月30日規則第32号  
平成19年12月28日規則第35号  
平成20年9月1日規則第30号  
平成24年9月28日規則第21号の2  
平成25年3月29日規則第55号  
平成26年6月18日規則第4号  
平成27年12月28日規則第28号  
平成28年4月28日規則第8号  
平成28年9月29日規則第23号  
令和3年3月31日規則第95号  
令和6年12月19日規則第30号

大牟田市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、大牟田市子ども医療費の支給に関する条例（昭和49年条例第24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。

（定義）

第2条 この規則において使用する用語の意義は、条例で使用する用語の例による。

（受給資格の認定申請の手続）

第3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、子ども医療費受給資格認定申請書兼台帳に次の各号に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- （1）子どもに係る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）3歳に達する日の属する月の翌月の初日から15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある子ども（以下「3歳から15歳までの子ども」という。）に係る子ども医療費について受給資格の認定を受けようとする場合にあっては、当該子どもの生計を維持する者の前年（1月から9月までの間に受給資格の認定を受けようとする場合にあっては、前々年）の所得を証する書類
- （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、市長は、前項各号に掲げる書類により証明される事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類の提出を省略させることができる。（子ども医療証の交付及び不交付の通知）

第4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、市長が同項の受給資格者に対する医療証の交付の可否を子どもごとに審査した上、行うものとする。

2 市長は、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5条 医療証の有効期限は、次の各号に定める子どもの区分に応じ当該各号に定める日までとする。

- （1）乳幼児 当該乳幼児が6歳に達する日以後の最初の3月31日まで
  - （2）児童 当該児童が15歳に達する日以後の最初の3月31日まで
- 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市長に返還しなければならない。

（所得の状況の届出）

第6条 3歳に達する日の属する月の前月の初日から末日までの期間にある乳幼児に係る受給資格者は、当該期間内に当該乳幼児の生計を維持する者の乳幼児が3歳に達する日の属する月の翌月の属する年の前年（当該翌月が1月から9月までの間にある場合にあっては、前々年）の所得の状況について市長に届け出なければならない。

2 毎年10月1日現在において3歳から15歳までの子どもに係る受給資格者は、当該年の8月1日から9月末日までの間に、当該子どもの生計を維持する者の前年の所得の状況について、市長に届け出なければならない。

3 前2項の規定にかかわらず、市長は、第1項に規定する乳幼児及び前項に規定する子どもの生計を維持する者の所得を公簿等により確認することができるときは、前2項の規定による届出を省略させることができる。

（医療証の再交付）

第7条 受給資格者は、医療証を亡失し、滅失し、汚損し、又は破損したときは、子ども医療証再交付申請書を市長に提出し、医療証の再交付を受けることができる。

2 医療証を汚損し、又は破損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、亡失した医療証を発見したときは、速やかに市長に返還しなければならない。

（保険医療機関等）

第8条 条例第7条に規定する規則で定める病院、診療所、薬局又は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号の保険医療機関又は保険薬局、同法第88条第1項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市長の定める病院、診療所、薬局又は訪問看護ステーション（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9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市長に請求しようとするときは、子障親医療費請求書又は子障親訪問看護療養費請求書を市長に提出しなければならない。

（子ども医療費の支給申請）

第10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・障害者・ひとり親医療費支給申請書を市長に提出しなければならない。

2 前項の規定にかかわらず、市長は、子どもが大牟田市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することができるときは、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不支給の決定の通知)

第11条 市長は、前条第1項による申請書が提出された場合において、子ども医療費の全部又は一部につき不支給の決定をしたときは、その旨及び決定の理由を文書により申請者に通知するものとする。

(受給資格者の届出)

第12条 条例第10条に規定する規則で定める事項は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 子どもの住所、氏名及び個人番号
- (2) 子どもの被保険者証等の内容
- (3) その他市長が必要と認める事項

2 受給資格者は、条例第10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て、市長に届け出なければならない。

3 受給資格者は、条例第2条第4号に規定する保護者の要件に該当しなくなったときは、子ども医療費受給資格喪失届に医療証を添えて、市長に届け出なければならない。

4 受給資格者は、子ども医療費の支給理由が第三者の行為によって生じたものであるときは、第三者の行為による傷病届に医療証を添えて、直ちに市長に届け出なければならない。

(様式)

第13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 様式第4号
- (5) 子障親訪問看護療養費請求書 様式第5号
- (6) 子ども・障害者・ひとり親医療費支給申請書 様式第6号
- (7) 子ども医療変更届 様式第7号
- (8) 子ども医療費受給資格喪失届 様式第8号
- (9) 第三者の行為による傷病届 様式第9号

付 則

1 この規則は、公布の日から施行し、昭和49年10月1日以降に受けた医療に係る乳幼児医療費から適用する。

2 大牟田市乳児医療費の支給に関する条例施行規則(昭和48年規則第26号)は、廃止する。

3 条例付則第4項の規定により、乳幼児医療費の支給を受けようとする者は、平成24年12月28日までに市長が別に定める乳幼児医療費支給申請書に次の各号に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) 被保険者証等
- (2) 条例付則第4項に該当する者であることを証する書類
- (3) その他市長が必要と認める書類

4 前項の規定にかかわらず、市長は、前項各号に掲げる書類により証明される事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類の提出を省略させることができる。

付 則(昭和52年7月19日規則第11号)

この規則は、公布の日から施行し、昭和52年7月1日から適用する。

付 則(昭和60年4月13日規則第2号)

この規則は、公布の日から施行し、改正後の大牟田市乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の規定は、昭和59年10月1日以降に受けた医療費について適用する。

付 則(昭和60年7月12日規則第6号)

この規則は、公布の日から施行し、改正後の大牟田市乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の規定は、昭和60年6月1日以降に受けた医療にかかる乳幼児医療費から適用する。

付 則(平成7年3月31日規則第40号抄)

1 この規則は、平成7年4月1日から施行する。

付 則(平成8年10月16日規則第24号)

1 この規則は、公布の日から施行する。

2 この規則の施行の際現に存する改正前の大牟田市乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の様式については、改正後の大牟田市乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の様式とみなして、当分の間、なお使用することができる。

付 則(平成11年4月1日規則第3号)

1 この規則は、公布の日から施行する。

2 この規則の施行の際現に存する改正前の大牟田市乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の様式については、改正後の大牟田市乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の様式とみなして、当分の間、なお使用することができる。

付 則(平成14年9月30日規則第30号)

この規則は、平成14年10月1日から施行する。

付 則(平成15年12月26日規則第32号)

この規則は、平成16年1月1日から施行する。

付 則(平成16年1月29日規則第53号)

この規則は、公布の日から施行する。

付 則(平成17年10月1日規則第49号)

この規則は、公布の日から施行する。

付 則(平成18年9月30日規則第32号)

1 この規則は、平成18年11月1日から施行する。ただし、様式第2号の改正規定中「初診、往診料の一部」を「初診料及び往診料の一部(3歳に達する日の属する月の末日までにある者を除く。)」に改める部分は平成19年1月1日から、「及び標準負担額」を「並びに入院時の食事療養標準負担額」に改める部分は平成18年10月1日から施行する。

2 この規則の施行の際現に存する改正前の大牟田市乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の様式第4号から様式第6号までについては、改正後の大牟田市乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の様式第4号から様式第6号までとみなして、当分の間、なお使用することができる。

付 則(平成19年12月28日規則第35号)

1 この規則は、平成20年1月1日から施行する。

2 この規則の施行の際現に改正前の大牟田市乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の様式によりなされた手続は、改正後の大牟田市乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の様式によりなされた手続とみなす。

付 則(平成20年9月1日規則第30号)

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 市長は、施行日前においても、改正後の大牟田市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、大牟田市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7号)による受給資格の認定及び当該受給資格を認定した者に対する乳幼児医療証の交付をすることができる。

付 則(平成24年9月28日規則第21号の2)

この規則は、平成24年10月1日から施行する。

付 則(平成25年3月29日規則第55号)

1 この規則は、平成25年4月1日から施行する。

2 この規則の施行の際現に存する改正前の大牟田市乳幼児医療費の支給に関する条例施行規則の様式第8号については、改正後の大牟田市子ども医療費の支給に関する条例施行規則の様式第8号とみなして、当分の間、なお使用することができる。

付 則（平成26年6月18日規則第4号）

1 この規則は、平成26年8月1日から施行する。

2 この規則の施行の際現に改正前の大牟田市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交付された乳幼児医療証であって、この規則の施行の日以後なおその効力を有するものについては、改正後の大牟田市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交付されたものとみなす。

付 則（平成27年12月28日規則第28号）

1 この規則は、平成28年1月1日（以下「施行日」という。）から施行する。

2 改正後の大牟田市子ども医療費の支給に関する条例施行規則様式第1号は、施行日以後に行われる同規則第3条第1項（同規則第6条第2項において準用する場合を含む。）の規定による提出について適用し、施行日以前に行われた改正前の大牟田市子ども医療費の支給に関する条例施行規則第3条第1項（同規則第6条第2項において準用する場合を含む。）の規定による提出については、なお従前の例による。

付 則（平成28年4月28日規則第8号）

1 この規則は、平成28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、同年5月1日から施行する。

2 大牟田市子ども医療費の支給に関する条例の一部を改正する条例（平成28年条例第2号）付則第4項の規定により子ども医療費の受給資格の認定及び子ども医療証の交付をする場合は、改正後の大牟田市子ども医療費の支給に関する条例施行規則に定めるところによる。

付 則（平成28年9月29日規則第23号）

1 この規則は、平成28年10月1日（以下「施行日」という。）から施行する。

2 平成28年に限り、改正後の大牟田市子ども医療費の支給に関する条例施行規則第6条の2第1項の規定にかかわらず、施行日前に提出された子どもの生計を維持する者の平成27年の所得を証する書類については、同項の規定により届け出されたものとみなす。

付 則（令和3年3月31日規則第95号）

1 この規則は、令和3年4月1日から施行する。

2 この規則の施行の際現に改正前の大牟田市子ども医療費の支給に関する条例施行規則様式第1号又は様式第4号から様式第6号までによりなされている申請又は請求については、改正後の大牟田市子ども医療費の支給に関する条例施行規則様式第1号又は様式第4号から様式第6号までによりなされたものとみなす。

付 則（令和6年12月19日規則第30号）

1 この規則は、令和7年1月1日から施行する。

2 この規則の施行の際現に改正前の大牟田市子ども医療費の支給に関する条例施行規則様式第1号によりなされている申請については、改正後の大牟田市子ども医療費の支給に関する条例施行規則様式第1号によりなされたものとみなす。

住所	( )
氏名	様 ( )

下記のとおり、子ども医療費受給資格の認定を申請します。

当該申請について、市が必要な情報の提供を受けるため申請者及び配偶者等の個人番号を利用すること、また県の助成制度判定及び高額療養費の算定その他審査に必要な情報を市が公簿で確認することについて同意します。本制度受給期間内において高額療養費が発生した場合、その請求及び受領を大牟田市に委任し、被保険者等の市民税課税台帳の閲覧並びに必要な証明書の請求及び受領について に委任します。

### 子ども医療費受給資格認定申請書兼台帳

提出日 年 月 日

子ども	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日生 ( 歳)		
	住所	大牟田市				
申請者	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日	子どもの続柄	配偶者の有無: 有 ・ 無
	同居・別居	住所 (子どもと別居の場合のみ、住所を記入してください。)	大牟田市		個人番号	携帯:
申請者の配偶者等	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日	子どもの続柄	自宅:
	同居・別居	住所 (子どもと別居の場合のみ、住所を記入してください。)	大牟田市		個人番号	携帯:

申請事由	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 転入( )	<input type="checkbox"/> 生保廃止( )	<input type="checkbox"/> その他( )
受給者番号		生年月日		申請年月日
受給者氏名		年齢区分		認定年月日

### 医療保険

記号		番号		被保険者氏名		続柄	
保険者番号		保険者名					
保険取得日		保険喪失日					

### 所得判定

判定者氏名		所得額		円	控除対象親族等
負担区分		限度額		円	人 (内老 )

(表 面)

福岡県子ども医療	
(子) 医療証	
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
負担者番号	8   1   4   0   0   0   3   8
受給者番号	
受給者	住所
	氏名
	生年月日
一部自己負担金	入院 徴収しない 入院外 徴収しない
発行機関名及び印	福岡県 大牟田市長
交付年月日	年 月 日

※ この医療証は、県外の保険医療機関等では使用できません。  
その2 子ども医療証(児童用)

(表 面)

福岡県子ども医療	
(子) 医療証	
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
負担者番号	8   1   4   0   0   0   3   8
受給者番号	
受給者	住所
	氏名
	生年月日
一部自己負担金	入院 徴収しない 入院外 1月当たり500円を限度 ※上記金額を医療機関(薬局を除く。)ごとに負担してください。
発行機関名及び印	福岡県 大牟田市長
交付年月日	年 月 日

※ この医療証は、県外の保険医療機関等では使用できません。

(裏 面)

注意事項
1 この医療証は、市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ものですから、大切に保持してください。
2 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証等に添えて、この医療証を必ず窓口提出してください。
3 受給者が市の区域外に転出したとき、又は医療証の有効期間が経過したときは、速やかに市長に返還してください。
4 氏名、住所又は加入している公的医療保険(医療保険各法による医療保険をいう。以下同じ。)の種類に変更があったときは、この医療証を添えて、速やかに市長にその旨を届け出てください。
5 予防接種の費用、健康診断料、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、生活療養標準負担額その他の公的医療保険の対象とならない経費については、この医療証による公費負担はされません。
6 他の公費医療の適用がある場合は、保険医療機関等の窓口で、この医療証が使えないことがあります。
7 6の場合、保険医療機関等の窓口へのこの医療証の提出を忘れた場合、県外の保険医療機関等を受診された場合等は、後日、子ども医療費の支給を受けることができますので、市長に申請してください。なお、後日、子ども医療費の支給を申請する場合は、支払金額及び保険診療総点数が記載された領収書の添付が必要となります。
8 交通事故等で治療を受けたときは、市長に届け出てください。

問合せ先

(裏 面)

注意事項
1 この医療証は、市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ものですから、大切に保持してください。
2 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証等に添えて、この医療証を必ず窓口提出してください。
3 受給者が市の区域外に転出したとき、又は医療証の有効期間が経過したときは、速やかに市長に返還してください。
4 氏名、住所又は加入している公的医療保険(医療保険各法による医療保険をいう。以下同じ。)の種類に変更があったときは、この医療証を添えて、速やかに市長にその旨を届け出てください。
5 予防接種の費用、健康診断料、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、生活療養標準負担額その他の公的医療保険の対象とならない経費については、この医療証による公費負担はされません。
6 他の公費医療の適用がある場合は、保険医療機関等の窓口で、この医療証が使えないことがあります。
7 6の場合、保険医療機関等の窓口へのこの医療証の提出を忘れた場合、県外の保険医療機関等を受診された場合等は、後日、子ども医療費の支給を受けることができますので、市長に申請してください。なお、後日、子ども医療費の支給を申請する場合は、支払金額及び保険診療総点数が記載された領収書の添付が必要となります。
8 交通事故等で治療を受けたときは、市長に届け出てください。

問合せ先

## 子ども医療証 再交付申請書

年 月 日

大牟田市長 殿

申請者 住所 大牟田市

氏名

下記のとおり医療証の再交付を申請します。

子ども医療証の受給者番号

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

受給者の氏名

申請の理由

- 1 なくした
- 2 破れた
- 3 汚した
- 4 その他 ( )

1	3	8
医科	歯科	医保

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。

年 月 日

保険医療機関等の  
所在地及び名称  
開設者氏名

⑤ 子 ど も	保険給付 割合別	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	請求						
	*決定						
8割	請求						
	*決定						
割	請求						
	*決定						

⑥ 障 害 者	保険給付 割合別	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	請求						
	*決定						
8割	請求						
	*決定						
割	請求						
	*決定						

⑦ ひ と り 親	保険給付 割合別	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	請求						
	*決定						
8割	請求						
	*決定						
割	請求						
	*決定						

(注) ※印の欄は記入しないでください。  
この様式で国保該当者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。

年 月分 子障親医療費請求書

4	0		
---	---	--	--

殿

薬 局  
コ ー ド

下記のとおりに請求する。  
年 月 日

保険医療機関等の  
所在地及び名称  
開設者氏名

	保険給付割合別		件数	処方せん の枚数	総点数	一部負担金	備考
	7割	8割					
◎ 子 ど も	7割	請求					
		*決定					
	8割	請求					
		*決定					
	割	請求					
		*決定					

	保険給付割合別		件数	処方せん の枚数	総点数	一部負担金	備考
	7割	8割					
◎ 障 害 者	7割	請求					
		*決定					
	8割	請求					
		*決定					
	割	請求					
		*決定					

	保険給付割合別		件数	処方せん の枚数	総点数	一部負担金	備考
	7割	8割					
◎ ひ と り 親	7割	請求					
		*決定					
	8割	請求					
		*決定					
	割	請求					
		*決定					

(注) ※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。



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。  
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

⑤	子 ど も	保 険 割 合 別	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
			請求	*決定						
7割			請求							
			*決定							
8割			請求							
			*決定							
割			請求							
			*決定							

  

⑥	障 害 者	保 険 割 合 別	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
			請求	*決定						
7割			請求							
			*決定							
8割			請求							
			*決定							
割			請求							
			*決定							

  

⑨	ひ と り 親	保 険 割 合 別	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
			請求	*決定						
7割			請求							
			*決定							
8割			請求							
			*決定							
割			請求							
			*決定							

(注) ※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。

子ども・障害者・ひとり親 医療費支給申請書

大牟田市長 殿

年 月 日

別紙領収書のとおり(一部負担金・療養費)を支払いましたので、医療費の支給を申請します。

申請者 住 所 大牟田市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

届出人 氏 名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

(連絡先)

受給者番号	_____	受給者氏名	_____
被保険者証等の記号・番号	_____	被保険者等氏名	_____
傷病名	_____	申請理由 (該当する番号) (を○で囲む)	1 国民健康保険による療養費が支給された 2 社会保険各法による療養費が支給された 3 県外の医療機関等で受診した 4 その他 ( _____ )
療養月	_____年 _____月		
医療機関名	_____	申請額	_____円
医療費の振込先金融機関	銀行金庫		(委任状) 医療費の受領を左記の口座 名義人に委任します。  _____年 _____月 _____日  受給者氏名 _____
	口座番号	_____	
	種別	普通	
	フリガナ	_____	
	口座名義人	_____	

振込先等について、該当する番号を囲んでください。 1 新規 2 変更なし 3 変更あり

連給票	総医療費	支給区分	区分			支払方法	保 険 種 別	診 科	療 目	区分				
			1	2	3					1	2	3	4	5
	薬剤一部負担	1								区分2	1 医科	2 歯科	3 調剤	
	法定給付	受給者番号								区分3	4 柔整	5 訪問	6 優	7 その他
	高額療養費	診療年月								支払方法	1 入院		2 外来	
	附加給付	医療機関 コ ー ド								保 険 種 別	10 国保一般		11 国保優	
	他法負担額	支払年月日									20 社保本人		21 社保扶養	
	給付外金額	診療科目	1 内 科	2 外 科	3 整形外科	4 眼 科	5 循環器科	6 呼吸器科			30 国保組合			
	支給金額		7 胃腸科	8 耳鼻咽喉科	9 放射線科	10 脳外科	11 神経科	12 精神科						
			13 理学診療科	14 消化器科	15 皮膚科	16 産婦人科	17 小児科	18 その他						

# 子ども医療変更届

年 月 日

大牟田市長 殿

届出人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

医療証の受給者番号	氏 名

下記のとおり変更がありましたので、届け出ます。

変 更 事 項		変 更 年 月 日	変 更 後	
1	住 所	・ ・		
2	氏 名	・ ・		
3	健康 保険証 記号・番号	・ ・		
	保険者番号			
4	そ の 他	・ ・		

# 子ども医療費受給資格喪失届

年 月 日

大牟田市長 殿

届出者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

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出ます。

受給資格喪失の事由	1 大牟田市から転出した .....	
	2 生活保護を受けた	
	3 児童福祉法により、児童福祉施設に収容された	
	4 死亡した	
	5 その他 ( )	
受給資格喪失年月日	年 月 日	
受給資格喪失対象者	受給者番号	氏名
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....
	.....	.....

## 第三者の行為による傷病届

年 月 日

大牟田市長 殿

届出人 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_

次のとおり届け出ます。

被保険者証記号・番号		子・障・親		受給者番号		
受給者	フリガナ	生年月日	年 月 日 ( 歳)			
	氏名		性別	男・女	職業	電話 ( )
事故の内容	発生日時	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 (いずれか○印)	届出所轄署	警察署		
	心身の状況	相手者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )			
受給者		正常・いねむり・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 ]	サービスセンター		
			担当者名 [ _____ ]	電話 [ _____ ]		

第三者者	住所				
	フリガナ	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
氏名	性別		男・女	職業	電話 ( )
	保有者との関係	本人 ・ 従業員 ・ 親族 ・ その他 ( )			
相手者(所有者・使用主)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 保 険	保険会社 (又は農協)			共済 保険	証明書番号			
		共済 保険	住所	電話 ( )					
	契 約 者	フリガナ	-----			共済 保険	期間	自	年 月 日
		氏名						至	年 月 日
	相手者の自動車	車種		登録番号 車両番号	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) 農業協同組合				サービスセンター		
		証券番号	担当者	電話					
				第			号		

治 療 関 係	傷病名及び 傷病の程度			症状固定日【 年 月 日】
	医療機関の 所在地・名称			治癒年月日【 年 月 日】
	診療期間 (見込期間)	年 月 日 より 年 月 日 まで 入院・外来の別 (入・外)	年 月 日 より 年 月 日 まで 入院・外来の別 (入・外)	年 月 日 より 年 月 日 まで 入院・外来の別 (入・外)
示 談	示談が成立した ( 年 月 日 ) ・ 交渉中 ・ 示談はしない			
	示談をする予定 ( 年 月 頃 ) ・ 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