

○高崎市高齢者医療費助成条例施行規則

昭和58年1月29日

規則第3号

(趣旨)

第1条 この規則は、高崎市高齢者医療費助成条例（昭和57年高崎市条例第50号。以下「条例」という。）第13条の規定に基づき、条例の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

第2条から第4条まで 削除

(受給資格の申請と受給資格者証の交付)

第5条 条例第4条第2項の規定による申請は、高齢者医療費受給資格者申請書（様式第1号）により行わなければならない。

2 前項の申請をしようとする者（以下「申請者」という。）は、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）による被保険者又は健康保険法（大正11年法律第70号）その他これに類する法律による被扶養者であることを証する書類を提示するとともに、申請者の属する世帯の世帯主及び世帯員の前年（1月1日から7月31日までの間に行う申請にあつては、前々年）の所得についての地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第328条の規定によって課する所得割を除く。）の課税の状況を証する書類を添付しなければならない。ただし、申請者が前項の申請書を提出する日の属する年（当該日が1月1日から7月31日までの間の場合にあつては、前年）の1月1日に高崎市に住所を有する場合は、当該課税の状況を証する書類の添付を省略することができる。

3 市長は、第1項の申請があつた場合において、申請者を医療費の助成を受ける資格がある者（以下「受給資格者」という。）と認定したときは、高齢者医療費受給資格者台帳にこれを登録するとともに、高齢者医療費受給資格者証（68歳・69歳）（様式第3号。以下「受給資格者証」という。）を交付するものとし、受給資格者に該当しないと認定したときは、受給資格非該当決定通知書（様式第4号）により通知するものとする。

(資格取得の時期)

第6条 受給資格の取得時期は、市長が当該資格があると決定した日以降とする。

(資格喪失の時期)

第7条 受給資格の喪失時期は、条例第3条の規定に該当しなくなったときとする。

(受給資格者証の更新)

第8条 市長は、毎年8月1日に受給資格者証の更新を行うものとする。

2 受給資格者は、毎年7月1日から同月31日までの間に、資格の更新について、高齢者医療費受給資格者申請書を市長に提出し資格の認定を受けなければならない。

3 市長は、前項の規定にかかわらず、当該受給資格者に係る受給資格が明らかである場合は、資格の更新の申請を待たず、受給資格者証を交付することができるものとする。

(受給資格者証の再交付)

第9条 受給資格者は、受給資格者証を破り、汚し、又は無くしたときは、受給資格者証再交付申請書(様式第5号)により、市長に、受給資格者証の再交付を申請することができる。

2 市長は、前項の規定による申請があった場合は、これを審査し、受給資格を確認したときは、受給資格者証を再交付するものとする。

(受給資格者証の返還)

第10条 受給資格を喪失したとき又は受給資格者証の更新若しくは再交付があったときは、不用となった受給資格者証は、速やかにこれを市長に返還しなければならない。

(助成金の申請)

第11条 条例第7条第1項の規定による助成金の受給申請は、高齢者(68歳・69歳)医療費請求書(様式第6号)又は高齢者(68歳・69歳)訪問看護療養費請求書(様式第6号の2)に、高齢者(68歳・69歳)医療費請求明細書(様式第7号)を添付して行わなければならない。

2 条例第7条第2項の規定による助成金の受給申請は、高齢者医療費助成申請書(請求書)(様式第8号)に当該診療等に係る費用の領収書(保険点数の記入されているもの)又は保険診療証明書を添付して行わなければならない。

(助成の決定通知)

第12条 市長は、条例第8条第1項の規定により助成金を支払うときは、高齢者医療費助成金決定通知書(様式第9号)により、これを当該申請者に通知するものとする。ただし、支払伝票又は口座振替通知書を交付することによりこの通知に代えることができ

る。

(助成金の返還通知等)

第13条 市長は、条例第11条第1項の規定に基づき交付した助成金の返還を求めるときは、助成金返還通知書(様式第10号)により行うものとする。

2 市長は、受給資格者が第三者を原因とする診療等を受けたときは、当該受給資格者から第三者行為傷病届(様式第11号)を提出させるものとする。

(変更の届出)

第14条 条例第12条に規定する変更に係る届出は、高齢者医療費受給資格変更届出書(様式第12号)によるものとする。

(その他)

第15条 この規則に定めるもののほか必要な事項は、別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、昭和58年2月1日から施行する。

(高崎市高齢者医療費助成条例施行規則の廃止)

2 高崎市高齢者医療費助成条例施行規則(昭和46年高崎市規則第13号)は、廃止する。

(経過措置)

3 この規則の施行前にした廃止前の高崎市高齢者医療費助成条例施行規則の規定による高齢者医療費助成に係る各種の申請及び決定は、この規則の規定に基づいてしたものとみなす。

4 昭和58年2月1日付けをもち、同日現在受給資格を有する者に受給資格者証を交付するものとし、この交付は、第8条に規定する受給資格者証の更新とみなす。

附 則(平成元年2月16日規則第9号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成2年6月27日規則第34号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成9年3月31日規則第50号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成12年11月29日規則第74号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成14年9月30日規則第53—3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3月31日規則第24号）

- 1 この規則は、平成15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各規則の規定による様式により作成してある用紙については、適宜補正してこれを使用することができる。

附 則（平成17年3月31日規則第15号）

- 1 この規則は、平成17年4月1日から施行する。ただし、第2条から第4条までの改正規定、第5条第2項の改正規定（「前年の所得（1月から6月までの間に行う申請にあつては前々年の所得）」を「申請者の属する世帯の世帯主及び世帯員の前年（1月1日から7月31日までの間に行う申請にあつては、前々年）の所得についての地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第328条の規定によって課する所得割を除く。）の課税」に改める部分に限る。）、第8条第1項の改正規定及び同条第2項の改正規定は、平成17年8月1日（次項において「施行日」という。）から施行する。
- 2 改正後の第2条から第4条までの規定及び第5条第2項の規定は、施行日の前日において高崎市高齢者医療費助成条例（昭和57年高崎市条例第50号）第3条第1項に規定する対象者に該当する者については、施行日から平成18年7月31日までの間は、適用しない。

附 則（平成17年12月28日規則第94号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成27年7月10日規則第40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改正前の規則の規定による様式により作成してある用紙については、適宜補正してこれを使用することができる。

附 則（平成28年3月3日規則第18号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

様式第1号(第5条、第8条関係)

高齢者医療費受給資格者申請書

年 月 日

(宛先)高崎市長

申請者 住所
氏名

電話番号 ()

来庁者 住所
氏名

電話番号 ()

受給資格者との関係: _____

高齢者医療費の受給資格を下記のとおり申請します。

なお、申請にあたって、受給資格要件の確認及び支給額決定のため、私及び私の世帯員に係る所得課税状況等の資料を閲覧、調査することに同意します。

1 68歳到達 2 転入 3 保険加入 4 生活保護廃止 5 その他認定()

該当年月日 年 月 日

| | | | |
|--------------|-----|-------------|-----|
| 受給資格者番号 | | | |
| 受給資格者となる者の氏名 | 男・女 | 生年月日 | 年月日 |
| 住所 | | | |
| 保険者番号 | | 記号番号 | |
| 保険名称 | | 被保険者又は世帯主氏名 | |

様式第3号(第5条関係)

(表 面)

| | | | | | |
|-------------------------------|--------------------|-----------|----|----------|--|
| 高齢者医療費 受給資格者証 (68歳・69歳) | | | | 負担 割合 | |
| 保険者番号 | | 入院 限度額 | | | |
| 受給資格者番号 | | | | | |
| 受 給 資 格 者 | 住 所 | | | | |
| | 氏 名 | | | | |
| | 生年月日 | | 性別 | | |
| 有効期限 | 年 月 日から 年 月 日まで | | | | |
| 発行機関名 及び印 | 高 崎 市 長 | | | | |
| 交付年月日 | 年 月 日 | | | | |

(裏 面)

注 意

略

様式第4号(第5条関係)

受給資格非該当決定通知書

第 号
年 月 日

高崎市 町 番地
様

高崎市 長

年 月 日付で申請のあった高齢者医療費受給資格者申請書を審査いたしましたが、次の理由により、資格者とすることができませんので通知いたします。

理由

この処分について不服がある場合は、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に高崎市長に対して審査請求をすることができます。また、処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に高崎市を被告として(高崎市長が被告の代表者となります。)処分の取消しの訴えを提起することができます(処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。なお、審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第5号(第9条関係)

高齢者医療費受給資格者証再交付申請書

年 月 日

(宛先)高崎市長

申請者 住所

氏名

電話番号 ()

来庁者 住所

氏名

電話番号 ()

受給資格者との関係: _____

受給資格者証を()したので、再交付を申請します。

| | | | |
|---------|--|------|-------|
| 受給資格者番号 | | | |
| 受給資格者氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |

様式第6号(第11条関係)

| | |
|---------------|--|
| 医療機関 コード番号 | |
|---------------|--|

年 月分高齢者(68歳・69歳)医療費請求書

下記のとおり請求する。

年 月 日

| | | | |
|-------|-----------------------|-----------------|--|
| 振込先 | 銀行・農協 信用金庫 信用組合 | 本店 支店 出張所 | どちらかに該当する方に○ をつけてください。 1前回と口座を変更 2新規の請求 |
| | 普通・当座・No. | | |
| フリガナ | | | |
| 口座名義人 | | | |

保険医療機関の所在地及び名称

請求金額 _____ 円

開設者氏名

㊦

| | 件数 | 点数 | 一部負担金相当額 | 金額 | 備考 |
|----|----|----|----------|----|----|
| 入院 | | | | | |
| 外来 | | | | | |

様式第6号の2(第11条関係)

| | |
|-----------------------|--|
| 訪問看護 事業者の コード番号 | |
|-----------------------|--|

年 月分高齢者(68歳・69歳)訪問看護療養費請求書

下記のとおり請求する。

| | | | |
|-------|-----------------------|-----------------|---------------------------|
| 振 込 先 | 銀行・農協 信用金庫 信用組合 | 本店 支店 出張所 | どちらかに該当する方に ○をつけてください。 |
| | 普通・当座・No. | | |
| フリガナ | | | 1前回と口座を変更 |
| 口座名義人 | | | 2新規の請求 |

年 月 日

訪問看護事業者の所在地及び名称

請求金額 _____ 円

開設者氏名



| | 件 数 | 療 養 費 の 額 | 基 本 利 用 料 | 請 求 額 | 備 考 |
|---------|-----|-----------|-----------|-------|-----|
| 当 月 分 | | | | | |
| 月 遅 れ 分 | | | | | |

様式第7号(第11条関係)

| No. | | | | | | | | 医療機関 コード番号 | | 医療 機関名 | |
|-------------|----------------------------------|------------------------------|---------|--------|----------------|--------------|------------|---------------|----------|-----------|-------|
| 1 医科 | 3 歯科 | 4 調剤 | 5 柔整 | 7 訪問看護 | 医療機関 コード番号 | | 医療機関名 | | | | |
| 記号 | 高 | 平成 年 月分 高齢者(68歳・69歳)医療費請求明細書 | | | 1 入院 ・ 2 入院外 | | | | | | |
| 受給資格者 番号 | 管 掌 別 符 号 | 本人 家族 | 受給資格者氏名 | | 請求点数 (決定点数) | 一部負担 金相当額 | 医療費 請求額 | 診療 日数 | 継続 療養 | 公費 負担 | 月遅れ請求 |
| | | | 性別 | 生年月日 | | | | | | | |
| 1 | 1 2 5 6 7 8 政管 健保 共済 国保 退職 国組 | 1 本人 | | | 点 | 円 | 円 | 日 | | | 年 月 |
| | | 2 家族 | 1男・2女 | S . . | | | | | | | |
| 2 | 1 2 5 6 7 8 政管 健保 共済 国保 退職 国組 | 1 本人 | | | | | | | | | 年 月 |
| | | 2 家族 | 1男・2女 | S . . | | | | | | | |
| 3 | 1 2 5 6 7 8 政管 健保 共済 国保 退職 国組 | 1 本人 | | | | | | | | | 年 月 |
| | | 2 家族 | 1男・2女 | S . . | | | | | | | |
| 4 | 1 2 5 6 7 8 政管 健保 共済 国保 退職 国組 | 1 本人 | | | | | | | | | 年 月 |
| | | 2 家族 | 1男・2女 | S . . | | | | | | | |
| 5 | 1 2 5 6 7 8 政管 健保 共済 国保 退職 国組 | 1 本人 | | | | | | | | | 年 月 |
| | | 2 家族 | 1男・2女 | S . . | | | | | | | |
| 6 | 1 2 5 6 7 8 政管 健保 共済 国保 退職 国組 | 1 本人 | | | | | | | | | 年 月 |
| | | 2 家族 | 1男・2女 | S . . | | | | | | | |
| 7 | 1 2 5 6 7 8 政管 健保 共済 国保 退職 国組 | 1 本人 | | | | | | | | | 年 月 |
| | | 2 家族 | 1男・2女 | S . . | | | | | | | |
| 8 | 1 2 5 6 7 8 政管 健保 共済 国保 退職 国組 | 1 本人 | | | | | | | | | 年 月 |
| | | 2 家族 | 1男・2女 | S . . | | | | | | | |
| 9 | 1 2 5 6 7 8 政管 健保 共済 国保 退職 国組 | 1 本人 | | | | | | | | | 年 月 |
| | | 2 家族 | 1男・2女 | S . . | | | | | | | |
| 10 | 1 2 5 6 7 8 政管 健保 共済 国保 退職 国組 | 1 本人 | | | | | | | | | 年 月 |
| | | 2 家族 | 1男・2女 | S . . | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | | |

様式第8号(第8条関係)

| 高齢者医療費助成申請書(請求書) | | | | | | | | | |
|--|-----------------|------|-------|----------|--|--|--------------|--|---|
| 受給資格者氏名 | | | | 受給資格者証番号 | | | | | |
| 保険種別 | 国保 | 社保 | 記号番号 | | | | | | |
| <p>(宛先)高崎市長 別添の領収書又は保険診療証明書のとおり診療等を受けたので、高齢者医療費助成金の支給を申請(請求)します。</p> <p>なお、助成金については { ア 私本人名義の口座 イ 受領委任した下記の口座名義人の口座 } に振り込んでください。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>申請者 (受給資格者) 氏名 (印) 電話番号 ()</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>申請代行者 (申請書の提出者) 氏名 申請者との関係() 電話番号 ()</p> <p style="text-align: center;">ただし、上記受給資格者に係る 月分高齢者医療費助成金</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">申請額 (請求額)</td> <td style="width: 150px; height: 20px;"></td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">円</td> </tr> </table> | | | | | | | 申請額 (請求額) | | 円 |
| 申請額 (請求額) | | 円 | | | | | | | |
| 銀行・農協 信用金庫 信用組合 | 本店 支店 出張所 | 口座種別 | 普通・当座 | フリガナ | | | | | |
| コード | コード | 口座番号 | | 口座名義人 | | | | | |

市記入欄 上記の助成金の支給申請について、下記のとおり決定してよろしいか伺います。

| | |
|---------|---|
| 保険医療費 | 円 |
| 入院一部負担金 | 円 |
| 外来一部負担金 | 円 |
| 助成金 | 円 |

| | |
|-----|--|
| 審査員 | |
|-----|--|

| 支給決定額 | | |
|-------|----|----|
| | | |
| 円 | | |
| 担当 | 係長 | 課長 |
| | | |

様式第9号（第12条関係）

年 月 日

様

高崎市長

高齢者医療費助成金決定通知書

高齢者医療費助成金について審査の結果、次のとおり助成することと決定したので通知いたします。

| | | |
|---------|----|---|
| 申請者 | 住所 | |
| | 氏名 | |
| 受給資格者氏名 | | |
| 受給者番号 | | |
| 金額 | | 円 |

ただし、上記受給資格者に係る

高齢者医療費助成金

| | |
|--------|-------|
| 1振込予定日 | 年 月 日 |
| 2振込口座 | |

様式第10号(第13条関係)

高齢者医療費助成金返還通知書

第 号
年 月 日

高崎市 町 番地
様

受給資格者番号 _____

高 崎 市 長

年 月 日に支給しました 月分医療費助成金は、つぎの理由により返還してください。

記

- 1 返還金額 円
2 返還の理由

- 3 返還期日及び場所 月 日

様式第11号(第13条関係)

第 三 者 行 為 傷 病 届

年 月 日

(宛先)高崎市長

(電話 番)

(世帯主) 住 所

氏 名 ㊟

次のとおり届け出ます。

| | | | | | |
|------------------|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|------|--|
| 医 療 保 険 | 名称 | 記号番号 | | | |
| 被 害 者 (受給資格者) | 氏名 | 受給資格者番号 | | | |
| 事故発生の日時等 | 日時 | 年 月 日 午前 時 分 ごろ 午後 | | | |
| | 場所 | | | | |
| | 原因及びその状況 | | | | |
| 第 三 者 (加害者) | 本 人 | 住 所 (電話 番) | | | |
| | | 氏 名 | | | |
| | 使用者 | 所在地 (電話 番) | | | |
| | | 名 称 | | | |
| | 車 両 | 種 別 | 登録番号 | | |
| | | 車台番号 | 保険 自 年 月 日 期間 至 年 月 日 か月 | | |
| | | 保険証明書 番 号 | 保 險 契 約 会 社 名 | | |
| | | 保険契約者 住 所 | 保 險 契 約 者 氏 名 | | |
| 任 意 保 険 | 有・無 | 契約金額 | 万円 | 保険会社 | |
| 傷 病 名 等 | 傷病名 | 初診 | 年 月 日 | | |
| | | 治ゆまでの見込期間 | | | |
| | | 治ゆまでの見込金額 | | | |
| 医 療 機 関 | 所在地 | (電話 番) | | | |
| | 氏 名 | ㊟ | | | |
| 添 付 書 類 | 1 示談が成立しているときは示談書 2 警察官署の発行する事故証明書 | | | | |

様式第12号(第14条関係)

高齢者医療費受給資格変更届出書

年 月 日

(宛先)高崎市長

申請者 住所

氏名

電話番号 ()

来庁者 住所

氏名

電話番号 ()

受給資格者との関係: _____

下記のとおり(保険の種類・氏名・その他)が変更になりましたので届け出ます。

変更年月日 年 月 日

| | | | |
|---------|-----|-------------|-----|
| 受給資格者番号 | | | |
| 受給資格者氏名 | 男・女 | 生年月日 | 年月日 |
| 変更後住所 | | | |
| 保険者番号 | | 記号番号 | |
| 保険名称 | | 被保険者又は世帯主氏名 | |

| | |
|----------|--|
| その他の変更事由 | |
|----------|--|