

行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う関係要綱の整備に関する要綱をここに公布する。

令和6年12月2日

一宮町長

馬淵昌也



一宮町告示第65号

行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う関係要綱の整備に関する要綱

(一宮町ひとり親家庭等医療費等の助成に関する要綱の一部改正)

第1条 一宮町ひとり親家庭等医療費等の助成に関する要綱(平成9年一宮町要綱第13号)の一部を次のように改正する。

第7条第1項第1号中「受給券及び被保険者証」を「社会保険各法の規定による電子資格確認等により被保険者、組合員、加入者又は被扶養者であることの確認を受けた上、受給券」に改める。

第9条第2号中「保険証の記載事項」を「被保険者、組合員、加入者若しくは被扶養者の資格に係る情報」に改める。

第3号様式を次のように改める。

第3号様式 (第6条第5項)

(表)

ひとり親家庭等医療費等助成受給券	
公費負担者番	
受給者番号	
対象者	住所
	氏名
	男 ・ 女
生年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日から
	年 月 日まで
自己負担金	通院
	入院
	保険調剤
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> <span>一 宮 町 長</span> <span>印</span> </div>	

(裏)

### 注 意 事 項

- 1 受診の際は、この受給券を医療機関（保険調剤薬局、接骨院等を含む）に必ず提示してください。
- 2 医療機関で本券を提示しなかった場合、県外の医療機関やこの制度による診療を行っていない医療機関で受診した場合は、保険の自己負担分及び入院時の食事療養費に係る負担金を一旦支払い、その後にお住まいの町窓口で償還の手続きをしてください。後日、町より助成額をお支払いいたします。
- 3 県外の国保組合に加入している方で、1ヵ月に自己負担額が $\{80,100 \text{円} + (\text{総医療費} - 267,000 \text{円}) \times 1\%$  を超える場合は、超えた額については医療機関の窓口で支払ってください。窓口で支払った分については、後日、保険者に償還の申請を行ってください。
- 4 未熟児養育医療、育成医療、小児慢性特定疾病医療費支援事業等に係る医療の給付等の公費医療制度が適用される場合は、それらの公費医療が優先適用されます。
- 5 学校管理下での負傷又は疾病など、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付の対象となる場合は、この受給券を使用することができません。
- 6 次のような変更があった場合は、速やかに町に届け出てください。
  - (1) 本町外へ転出するとき。(受給券を返納)  
→転出後は、本券は使えません。転出先の市町村で制度の詳細についてお問合せください。
  - (2) 加入している健康保険が変更したとき。(受給券と変更後の被保険者又は被扶養者であることを証する書類を添付)
  - (3) 住所を変更したとき。(受給券を添付)
  - (4) 氏名を変更したとき。(受給券を添付)
  - (5) 世帯構成に変更があったとき。
  - (6) 「婚姻（事実婚を含む。）」状況に変更が生じたとき。(受給券を添付)
  - (7) 所得の更正をしたとき。(所得等を証する書類)
  - (8) 生活保護を受けるようになったとき。
  - (9) その他資格事項に変更が生じたとき (受給券及び変更事項を証明する書類を添付)。
- 7 有効期間が過ぎた場合は、本券を返却してください。
- 8 受給資格のない方が本制度による医療費助成を受けた場合又は町による過払いが生じた場合には、後日、町より返還請求をさせていただきます。
- 9 お問い合わせ先  
一宮町 子育て支援課 電話 0475-42-1415

第6号様式及び第7号様式を次のように改める。





## ひとり親家庭等医療費等助成受給券再交付申請書

年 月 日

一宮町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

ひとり親家庭等医療費等の再交付を一宮町ひとり親家庭等医療費等の助成に関する要綱第10条の規定に基づき申請します。

対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生年月日	年 月 日
再交付事由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 毀損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
確認書類	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ( )	

(添付書類)

本人確認書類 (免許証、個人番号カード等)

(診療報酬明細書等の開示に係る取扱要綱の一部改正)

第2条 診療報酬明細書等の開示に係る取扱要綱（平成10年一宮町要綱第1号）の一部を次のように改正する。

第5条第2項第2号中「健康保険被保険者証、国民健康保険被保険者証、共済組合員証、老人保健法医療受給者証」を「健康保険資格確認書、国民健康保険資格確認書、共済組合資格確認書、後期高齢者医療資格確認書」に改める。

「別紙」を次のように改める。

## 「別紙」

### 診療報酬明細書等の開示を依頼される方へ(お知らせ)

一宮町においては、被保険者等へのサービスの充実を図る観点から、診療報酬明細書等の開示の依頼があった場合、個人のプライバシーの保護及び診療上の支障が生じないこと等を確認したうえで開示しているところでもあります。

「診療報酬明細書等の開示依頼書」を提出される方は、あらかじめ、この「お知らせ」をご覧いただき、必要書類等をご持参のうえ、手続きされるようお願いいたします。

#### 1 開示の依頼ができる方

開示の依頼ができるのは、次のいずれかに該当される方に限ります。

- (1) 開示を依頼する診療報酬明細書等に記載されている被保険者及び被扶養者本人(であった方を含む。)
- (2) 被保険者及び被扶養者が死亡している場合は、当該被保険者及び被扶養者の父母、配偶者又は子
- (3) (1)又は(2)の方が未成年者又は成年被後見人の場合における法定代理人
- (4) (1)又は(2)の方から開示の依頼について委任を受けた弁護士

#### 2 開示の依頼に当たって必要な書類等

一宮町へ、必ず、開示の依頼ができる方本人が直接、次の書類等をご持参のうえ手続きをして下さい。

- (1) 診療報酬明細書等の開示依頼書(保険医療機関ごとに必要です)
- (2) 開示を依頼する方の本人確認ができる書類(詳細は裏面のとおりに)

#### 3 開示を依頼される方の本人確認

開示の依頼ができるのは上記1の該当者本人に限っており、また、手続き等に当たって、開示を依頼される方本人であることを確認するため必要書類の提示を求めています。これは、あくまでも個人のプライバシーを保護する観点から欠かせないことであり、ご理解をお願いします。

#### 4 保険医療機関等に対する事前確認

診療報酬明細書等の開示に当たっては、当該保険医療機関等に、診療上支障が生じないことを確認する必要があります。

従って、当該保険医療機関等から開示の同意が得られなかった診療報酬明細書等は、開示できませんのでご理解をお願いします。

#### 5 診療内容に係わる照会

一宮町では、診療内容についての照会に対してはおこたえできませんのでご了承ください。

#### 6 開示(交付)の事務処理

- (1) 開示依頼書を受理した日から開示(交付)までの所要日数は、当該診療報酬明細書等の抽出作業、保険医療機関等への事前確認のため1ヶ月程度要します。
- (2) 開示(交付)方法については、「診療報酬明細書等の開示依頼書」で指定された方法により交付します。なお、郵送による交付を希望された場合には、通常郵便で「親展」扱いによる送付となります。

#### 7 その他

- (1) 診療報酬明細書等は、保険医療機関等が保険診療に要した費用を保険請求するために、一定の基準に従って記載されるものであり、保険診療外のものなど必ずしも診療内容の全てが記載されているものではないことをご理解願います。
- (2) 開示の依頼があった診療報酬明細書等について、何らかの事情によりその存在が確認できない場合には、ご依頼におこたえできないことをご了承願います。



「診療報酬明細書等の開示依頼書」の提出の際

開示を依頼される方の本人確認に必要な書類

ア : 次のうちいずれか1点

運転免許証、旅券(パスポート)、船員手帳、海技免状、戦傷病者手帳、猟銃・空気銃所持許可証、宅地建物取引主任者証、電気工事士免状、認定電気工事従事者認定証、特殊電気工事資格者認定証、耐空検査員の証、航空従事者技能証明書、運航管理者技能検定合格証明書、教習資格認定証、動力車操縦者運転免許証、検定合格証(警備員等)、古物行商許可証、無線従事者免許証、官公庁・公団・事業団・公庫・特殊法人等の職員の身分証明書(写真・生年月日のあるもの)

イ : 次のうちいずれか2点(ただし、AとA又はAとBとする。)

- A** 健康保険資格確認書、船員保険資格確認書、国民健康保険資格確認書、共済組合資格確認書、後期高齢者医療資格確認書、厚生年金保険年金証書(手帳)、船員保険年金証書(手帳)、国民年金年金証書(手帳)、共済年金証書、恩給証書、身体障害者手帳、開示依頼書に押印した印の印鑑登録証明書
- B** 次のうち写真が貼ってあるもの  
会社の身分証明書、学生証、公の機関が発行した資格証明書

開示を依頼される方が  
・被保険者又は被扶養者本人の場合(であった方を含む)  
・遺族の場合(父母 配偶者又は子)

- 「ア」のうちいずれか1点、又は「イ」のうちいずれか2点  
ただし、「イ」の場合は、Aの中から2点、又はAとBの中からそれぞれ1点
- 婚姻等のため、開示依頼書の提出時の氏名と開示を依頼する診療報酬明細書等の診療時の氏名が異なる場合は、旧姓等の確認できる書類
- 遺族の場合は、上記1、2のほか、当該被保険者又は被扶養者の死亡の事実及びその遺族であることが確認できる次のいずれかの書類  
(1) 戸籍謄本(抄本) (2) 住民票(除票) (3) 死亡診断書

開示を依頼される方が  
・被保険者又は被扶養者本人が未成年者又は成年被後見人の場合における法定代理人の場合  
・遺族が未成年者又は成年被後見人の場合における法定代理人の場合

- 「ア」のうちいずれか1点、又は「イ」のうちいずれか2点  
ただし、「イ」の場合は、Aの中から2点、又はAとBの中からそれぞれ1点
- 被保険者、被扶養者又は遺族が未成年者又は成年被後見人であること及び開示を依頼される方が親権者又は、後見人であることを確認できる次のいずれかの書類  
(1) 戸籍謄本(抄本) (2) 住民票 (3) 後見登記事項証明書  
(4) 家庭裁判所の証明書 (5) その他法定代理人関係を確認し得る書類
- 遺族の法定代理人の場合は、上記1、2のほか、当該被保険者又は被扶養者の死亡の事実及びその遺族であることが確認できる次のいずれかの書類  
(1) 戸籍謄本(抄本) (2) 住民票(抄本) (3) 死亡診断書

開示を依頼される方が  
・被保険者又は被扶養者本人から委任を受けた弁護士の場合  
・遺族から委任を受けた弁護士の場合

- 弁護士記章、登録番号及び日本弁護士連合会又は所属弁護士会発行の身分証明書  
ただし、身分証明書がない場合は、「ア」のうちいずれか1点、又は「イ」のうちいずれか2点  
なお、「イ」の場合は、Aの中から2点、又はAとBの中からそれぞれ1点
- 被保険者、被扶養者又は遺族の署名・押印のある診療報酬明細書等の開示依頼についての「委任状」及び押印された印の印鑑登録証明書
- 遺族から委任を受けた弁護士の場合は、上記1、2のほか、当該被保険者又は被扶養者の死亡の事実及びその遺族であることが確認できる次のいずれかの書類  
(1) 戸籍謄本(抄本) (2) 住民票(抄本) (3) 死亡診断書

(様式1)を次のように改める。



(様式1)

診療報酬明細書等の開示依頼書

年 月 日提出

一宮町長

受付整理番号

依頼者欄	氏名	(フリガナ)	男女	年 月 日生
	住所	〒 —	都道府県	郡市区 町村 (電話) —
	受診者との関係	1 本人 2 遺族 3 (未成年者・成年被後見人)の法定代理人 4 弁護士		
	開示(交付)の方法	1 窓口交付を希望		2 郵送による交付を希望
	*遺族の氏名及び生年月日	(フリガナ)	年 月 日生	

- ※ 「氏名」欄は、必ず依頼者本人が署名してください。  
なお、本人確認書類に印鑑登録証明書を提出する場合のみ登録されている印を押印してください。(その他の場合は、押印の必要はありません。)
- ※ 「住所」欄は、依頼者が提示又は提出した書類等に記載された現住所を記入し、また、地番、アパート名等まで詳しく記入してください。
- ※ \*印欄は、依頼者が、遺族の法定代理人又は遺族から委任を受けた弁護士の場合のみ記入してください。

次のとおり診療報酬明細書等の開示(交付)を依頼します。

本人(受診者)欄	氏名	(フリガナ)	男女	年 月 日生
	住所	〒 —	都道府県	郡市区 町村 (電話) —
	診療時における被保険者等の記号番号	被保険者・被扶養者の別	*被扶養者である場合については被保険者の氏名及び生年月日	
		1 被保険者 2 被扶養者	氏名： _____ 年 月 日生	
	*被保険者等の記号番号が不明の場合のみ記入してください	事業所名： (船舶所有者名)	所在地： _____	

- ※ 受診当時の氏名を記入してください。
- ※ 依頼者が本人の場合は、「氏名、生年月日及び住所」欄の記入は必要ありません。

診療年月	診療報酬明細書等区分				
年 月診療分	1 医科入院	2 医科入院外	3 歯科	4 調剤	5 その他
年 月診療分	1 医科入院	2 医科入院外	3 歯科	4 調剤	5 その他
年 月診療分	1 医科入院	2 医科入院外	3 歯科	4 調剤	5 その他
年 月診療分	1 医科入院	2 医科入院外	3 歯科	4 調剤	5 その他
保険医療機関等名				所在地	

※所在地は、市区町村名まで記入してください。

受領者(依頼者)署名

受付日付印

※ 受領の際にご記入ください。

※以下の各欄は記入する必要がありません。

A 本人確認書類	1 運転免許証    2 旅券(パスポート)    3 身分証明書(官公庁等の写真付)
	4 船員手帳    5 その他(                      )
A 本人確認書類	6 健康保険資格確認書    7 船員保険資格確認書    8 国民健康保険資格確認書
	9 厚生年金保険年金証書(手帳)    10 身体障害者手帳
	11 依頼書に押印した印の印鑑登録証明書    12 写真付身分証明書(学生証、会社)
	13 写真付公の機関が発行した資格証明書
14 その他(                      )	

B 本人(受診者)死亡・遺族特定の確認書類	1 戸籍謄本(抄本)    2 住民票(除票)    3 死亡診断書
	4 その他(                      )

C 法定代理人の確認書類	1 戸籍謄本(抄本)    2 住民票    3 後見登記事項証明書
	4 家庭裁判所の証明書    5 その他(                      )

D 弁護士の確認書類	1 弁護士記章(登録番号No.                      )    2 身分証明書
	3 レセプト開示依頼にかかる「委任状」及び委任状に押印された印の印鑑登録証明書

※Dの書類は3点とも必要(身分証明書がない場合はAの書類)

診療報酬明細書等摘要欄					
整理番号	—	—	—	—	—
	—	—	—	総枚数	枚



(一宮町進行性筋萎縮症者療養等給付事業実施要綱の一部改正)

第3条 一宮町進行性筋萎縮症者療養等給付事業実施要綱（平成10年一宮町要綱第7号）

の一部を次のように改正する。

第1号様式を次のように改める。

第1号様式(第5条)

療 養 等 給 付 申 請 書

年 月 日

居 住 地  
氏 名  
男  
女 年 月 日(満 歳)

一宮町長 様

私、療養等の給付を受けたく申請致します。

身 体 障 害 者 手 帳	( 第 年 月 日交付) 号		
障 害 名 及 び 等 級			
被 保 険 者 等 の 記 号 、 番 号		保 険 者 等 の 名 称	
希 望 す る 療 養 等 担 当 機 関			
備 考			

第3号様式を次のように改める。

第3号様式(第5条)

療 養 等 給 付 券

交 付 番 号		交 付 年 月 日	年 月 日
被 保 険 者 等 の 記 号 ・ 番 号		保 険 者 等 の 名 称	
氏 名 ・ 性 別			
生 年 月 日	年 月 日(満 歳)		
居 住 地			
身 体 障 害 者 手 帳	第 号( 級)		
療 養 等 担 当 機 関			
給 付 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		
費 用 概 算 額			
本 人 負 担 額		支 払 期 日	
備 考			

上記のとおり決定する。

年 月 日

一宮町長

印



附 則

この要綱は、令和6年12月2日から施行する。