

恵庭市子ども医療費助成に関する条例施行規則及び恵庭市重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費の助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和8年5月28日

恵庭市長 原 田



恵庭市規則第18号

恵庭市子ども医療費助成に関する条例施行規則及び恵庭市重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費の助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則

(恵庭市子ども医療費助成に関する条例施行規則の一部改正)

第1条 恵庭市子ども医療費助成に関する条例施行規則(昭和48年規則第17号)の一部を次のように改正する。

様式第3号を次のように改める。

様式第3号（第4条関係）

(表)

子課	【道内の医療機関にて使用可能】	
	子ども医療費受給者証	
申請者 氏名	***** ***** 92010313	受給者 氏名
受給者	住所	
	氏名	
	生年月日	
有効期間		
発行機関名 及び印	恵庭市 恵庭市長	
交付年月日		

★ 受給者証をお送りいたします。  
なお、裏面の「注意事項」をよくお読みください。

※加入している健康保険が変更になった場合、必ず変更手続きをしてください。

(裏)

注 意 事 項	
<p>この受給者証は、保険医療機関等（以下「病院等」という。）で、医療費助成を受けられる対象者であることを証明するものです。大切に保管してください。</p> <p>1. 道内の病院等において診療を受ける場合は、この証を必ず窓口へ提出してください。また、次の一部負担金を支払ってください。</p> <p>①初 の場合 初診に限り医科受診は580円、歯科受診は510円。 ※ただし、高校生は入院のみの適用となります。</p> <p>②課 の場合 医科・歯科・薬剤・手術療養等を受診する際、保険外医療費の1割に相当する額。 ※ただし、高校生は入院のみの適用となります。</p> <p>2. 道外の病院等において診療を受ける場合は、この受給者証は使用できません。診療を受けた際には、診療を受けた月の翌日より、次のものをお持ちになり、市役所又は各支所・出張所で助成申請をしてください。 ※申請に必要なもの 領収書、受給者証、請求口座の内容がわかるもの、医療保険各法の被保険者もしくは料員又は被扶養者たることを証する書類</p>	<p>3. ①子課の証をお使いの方で、1割負担した額が表面記載の月の負担上限額を超えた場合には、高額医療費に該当する場合があります。 ※多数該当あり。詳しくは、お問い合わせください。</p> <p>4. 次の場合には受給資格がなくなりますので、速やかに受給者証を返却願います。 ①恵庭市外へ転出したとき（再転入時は新たに申請が必要です。） ②健康保険の資格を喪失したとき。 ③生計保護を受けるようになったとき。 ④他の医療助成制度の受給者となったとき。 ⑤有効期間が終了したとき。</p> <p>5. 届出事項（氏名、住所、加入している健康保険、主たる生計維持者）に変更があったときは、14日以内にこの受給者証を添えて手続き願います。</p> <p>6. この受給者証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。</p> <p>7. 不正にこの受給者証を使用した者は、刑法により処分を受けます。</p> <p>問合せ先 〒061-1498 北海道恵庭市京町1番地 恵庭市役所 電話番号(0123)39-3131 内線</p>

(表)

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">子初</div>		【道内の医療機関にて使用可能】	
		子ども医療費受給者証	
公費負担子 証 番号	**** **** 92010313	受給者 番号	
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日		
有効期間			
発行機関名及び印	恵庭市 <div style="text-align: right;">恵庭市長</div>		
交付年月日			

★ 受給者証をお送りいたします。  
 なお、裏面の「注意事項」をよくお読みください。

様

※加入している健康保険が変更になった場合、必ず変更手続きをしてください。

(裏)

注 意 事 項	
<p>この受給者証は、保険医療機関等（以下「病院等」という。）で、医療費助成を受けられる対象者であることを証明するものです。大切に保管してください。</p> <p>1 道内の病院等において診療を受ける場合は、この証を必ず窓口へ提出してください。また、次の一部負担金を支払ってください。</p> <p>①子初 の場合        初診に限り医科受診は580円、歯科受診は510円。        ※ただし、高校生は入院のみの適用となります。</p> <p>②子選 の場合        医科・歯科・調剤・柔道整復等を受診する際、保険内医療費の1割に相当する額。        ※ただし、高校生は入院のみの適用となります。</p> <p>2 道外の病院等において診療を受ける場合は、この受給者証は使用できません。診療を受けた際には、診療を受けた月の翌日より、次のものをお持ちになり、市役所又は各支所・出張所で助成申請をしてください。        ※申請に必要なもの        領収書、受給者証、振込口座の内容がわかるもの、医療保険各法の被保険者もしくは組合員又は被扶養者たることを証する書類</p>	<p>3 ①下記の証をお使いの方で、1割負担した額が表面記載の月の負担上限額を超えた場合には、高額医療費に該当する場合があります。        ※多数該当あり。詳しくは、お問い合わせください。</p> <p>4 次の場合には受給資格がなくなりますので、速やかに受給者証を返却願います。        ①恵庭市外へ転出したとき（再転入時は新たに申請が必要です）。        ②健康保険の資格を喪失したとき。        ③生活保護を受けるようになったとき。        ④他の医療助成制度の受給者となったとき。        ⑤有効期間が終了したとき。</p> <p>6 届出事項（氏名、住所、加入している健康保険、主たる生計維持者）に変更があったときは、14日以内にこの受給者証を添えて手続き願います。</p> <p>6 この受給者証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。</p> <p>7 不正にこの受給者証を使用した者は、刑法により処分を受けます。</p> <p>問合せ先        〒061-1498 北海道恵庭市京町1番地        恵庭市役所        電話番号(0123)33-3131 内線</p>

(恵庭市重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費の助成に関する条例施行規則の一部  
改正)

第2条 恵庭市重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費の助成に関する条例施行規則

(昭和48年規則第18号)の一部を次のように改正する。

様式第5号から様式第6号までを次のように改める。

様式第5号(第5条関係)

(表)

(表)

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold;">障</span> </div>		【道内の医療機関にて使用可能】 重度心身障害者医療費受給者証	
		公費負担コード **** **** 47010319	受給者番号 ****
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日		
有効期間			
発行機関名及び印	志 庭 市 庶 務 長		
交付年月日			

★ 受給者証をお送りいたします。  
 なお、裏面の「注意事項」をよくお読みください。

様

※加入している健康保険が変更になった場合、必ず変更手続をしてください。

(裏)

注 意 事 項

この受給者証は、保険医療機関等（以下「病院等」という。）で、医療費助成を受けられる対象者であることを証明するものです。大切に保管してください。

1 道内の病院等において診療を受ける場合は、この証を必ず窓口に掲出してください。また、次の一部負担金を支払ってください。

- ①初診(初診)の場合 初診に限り
- ①内科受診の場合 680円
  - ②外科受診の場合 510円
  - ③北海道警視の場合 270円

④産科(産科)の場合

内科・外科・産科・柔道整復等を受診する際は、保険内医療費の1割に相当する額。

ただし、身体障害者手帳3級外部障害がいの方の医療費については、2割に相当する額（小学生・中学生は1割、高校生は入院1割、通院2割に相当する額）となります。

2 道外の病院等において診療を受ける場合は、この受給者証は使用できません。診療を受けた際には、診療を受けた月の翌日より、次のものをお持ちになり、市役所又は各支所・出張所で助成申請をしてください。

※申請に必要なもの

領収書、受給者証、振込口座の内容がわかるもの、健康保険各法の被保険者もしくは組合員又は被扶養者たることを証する書類

3 ①(産科) ②(産科) の証をお使いの方で、1割又は2割負担した額が表面記載の月の負担上限額を越えた場合には、高額医療費に該当する場合があります。※詳しくは、お問い合わせください。

4 次の場合には受給者の資格がなくなりますので、速やかに受給者証を返却願います。

- ①志庭市外へ転出したとき（再転入時は新たに申請が必要です。）
- ②健康保険の資格を喪失したとき。
- ③生活保護を受けるようになったとき。
- ④有効期間が終了したとき。

5 届出事項（氏名、住所、加入している健康保険、主たる生計維持者、身体障害者手帳・療育手帳・精神保健福祉手帳）に変更があったときは、14日以内にこの受給者証を添えて手続をお願いします。

6 この受給者証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。

7 不正にこの受給者証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

問合せ先

〒061-1498 北海道志庭市京町1番地  
 志庭市役所  
 電話番号(0123)33-8181 内線

(表)

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">障初</div>		【道内の医療機関にて使用可能】	
		重症心身障害者医療費受給者証	
公費負担者 番号	***** *****	受給者 番号	
	47010319		
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日		
有効期間			
発行機関名 及び印	恵庭市 <div style="text-align: right;">恵庭市長</div>		
交付年月日			

★ 受給者証をお送りいたします。  
なお、裏面の「注意事項」をよくお読みください。

様

※加入している健康保険が変更になった場合、必ず変更手続をしてください。

(裏)

注 意 事 項	
<p>この受給者証は、保険医療機関等（以下「病院等」という。）で、医療費助成を受けられる対象者であることを証明するものです。大切に保管してください。</p> <p>1 道内の病院等において診療を受ける場合は、この証を必ず窓口に出し出すしてください。また、次の一部負担金を支払ってください。</p> <p><b>障初（初診）の場合 初診に限り</b></p> <p>①内科受診の場合 590円 ②歯科受診の場合 510円 ③柔道整復の場合 270円</p> <p><b>障重（再診）の場合</b></p> <p>内科・歯科・調剤・柔道整復等を受診する際は、保険内医療費の1割に相当する額。</p> <p>ただし、身体障害者手帳3級外部分障がいの方の医療費については、2割に相当する額（小学生・中学生は1割、高校生は入院1割、通院2割に相当する額）となります。</p> <p>2 道外の病院等において診療を受ける場合は、この受給者証は使用できません。診療を受けた際には、診療を受けた月の翌日より、次のものをお持ちになり、市役所又は各支所・出張所で助成申請をしてください。</p> <p>※申請に必要なもの</p> <p>領収書、受給者証、振込口座の内容がわかるもの、医療保険各法の被保険者もしくは組合員又は被扶養者であることを証する書類</p>	<p>3 障初（初診）の証をお使いの方で、1割又は2割負担した額が表面記載の月の負担上限額を超えた場合には、高額医療費に該当する場合があります。詳しくは、お問い合わせください。</p> <p>4 次の場合には受給者の資格がなくなりますので、速やかに受給者証を返却願います。</p> <p>①恵庭市外へ転出したとき（再転入時は新たに申請が必要です。） ②健康保険の資格を喪失したとき。 ③生活保護を受けるようになったとき。 ④有効期間が終了したとき。</p> <p>5 届出事項（氏名、住所、加入している健康保険、主たる生計維持者、身体障害者手帳・療育手帳・精神保健福祉手帳）に変更があったときは、14日以内にこの受給者証を添えて手続き願います。</p> <p>6 この受給者証を破ったり、汚したり、又は失つたりしたときは、再交付を受けてください。</p> <p>7 不正にこの受給者証を使用した者は、刑法により処分を受けます。</p> <p>問合せ先 〒061-1498 北海道恵庭市京町1番地 恵庭市役所 電話番号(0123)33-3131 内線</p>

様式第5号の2 (第5条関係)

様式第5号の2 (第5条関係)

(表)

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">老課</div>		【道内の医療機関にて使用可能】	
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto;">                 重度心身障害者医療費受給者証             </div>	
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日		
有効期間			
発行機関名及び印	恵庭市	恵庭市長	
交付年月日			

★ 受給者証をお送りいたします。  
 なお、裏面の「注意事項」をよくお読みください。

※加入している健康保険が変更になった場合、必ず変更手続をしてください。

(裏)

注 意 事 項

この受給者証は、保険医療機関等（以下「病院等」という。）で、医療費助成を受けられる対象者であることを証明するものです。大切に保管してください。

1 道内の病院等において診療を受ける場合は、この証を必ず窓口へ提出してください。また、次の一部負担金を支払ってください。

① 初診（ <b>老課</b> ）の場合	初診に限り
① 内科受診の場合	580円
② 外科受診の場合	510円
③ 柔道整復の場合	270円

④ 既診（**老課**）の場合

内科・歯科・調剤・柔道整復等を受診する際は、保険内医療費の1割に相当する額。

ただし、身体障害者手帳2級外部障がいの方の医療費については、2割に相当する額（小学生・中学生は1割、高校生は入院1割、通院2割に相当する額）となります。

2 道外の病院等において診療を受ける場合は、この受給者証に使用できません。診療を受けた際には、診療を受けた月の翌月より、次のものをお持ちになり、市役所又は各支所・出張所で助成申請をしてください。

※申請に必要なもの  
 領収書、受給者証、振込口座の内容がわかるもの、医療保険各法の被保険者もしくは組合員又は被扶養者であることを証する書類

- 3 **遺課** **老課** の証をお使いの方で、1割又は2割負担した額が表面記載の月の負担上限額を超えた場合には、高額医療費に該当する場合があります。詳しくは、お問い合わせください。
- 4 次の場合には受給者の資格がなくなりますので、速やかに受給者証を返却願います。
  - ① 恵庭市外へ転出したとき（再転入時は新たに申請が必要です。）、
  - ② 健康保険の資格を喪失したとき、
  - ③ 生活保護を受けるようになったとき、
  - ④ 有効期間が終了したとき、
- 5 届出事項（氏名、住所、加入している健康保険、主たる生計維持者、身体障害者手帳・療育手帳・精神保健福祉手帳）に変更があったときは、14日以内にこの受給者証を添えて手続き願います。
- 6 この受給者証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 不正にこの受給者証を使用した者は、刑法により処分を受けます。

問合せ先  
 〒061-1498 北海道恵庭市京町1番地  
 恵庭市役所  
 電話番号(0123)33-3131 内線



様式第6号(第5条関係)

(表)

【道内の医療機関にて使用可能】	
ひとりで親家庭等医療費受給者証	
公費負担率 番号 ***** ***** 95010310	受給者 番号
受給者	住所
	氏名
	生年月日
有効期間	
発行機関名及び印	恵庭市 恵庭市長
交付年月日	

★ 受給者証をお送りいたします。  
なお、裏面の「注意事項」をよくお読みください。

様

※加入している健康保険が変更になった場合、必ず変更手続きをしてください。

(表)

注 意 事 項	
<p>この受給者証は、保険医療機関等（以下「病院等」という。）で、医療費助成を受けられる対象者であることを証明するものです。大切に保管してください。</p> <p>1 道内の病院等において診療を受ける場合は、この証を必ず窓口へ提出してください。また、次のことに注意してください。</p> <p>①初診の証をお使いの方は、初診の場合に限り、次の初診時一部負担金を支払ってください。</p> <p>①内科受診の場合 580円 ②歯科受診の場合 510円 ③柔道整復の場合 270円</p> <p>②親類の証をお使いの方は、内科・歯科・調剤・柔道整復等の診療を受ける際、保険内医療費の1割（親の入院以外の医療費については2割）に相当する額を支払ってください。</p> <p>2 道外の病院等において診療を受ける場合は、この受給者証は使用できません。診療を受けた際には、診療を受けた月の翌日より、次のものをお持ちになり、市役所又は各支所・出張所で助成申請をしてください。</p> <p>※申請に必要なもの 領収書、受給者証、振込口座の内容がわかるもの、医療保険各法の被保険者もしくは組合員又は被扶養者であることを認める書類</p> <p>3 ①親類の証をお使いの方で、1割又は2割負担した額が表面記載の月の負担し、総額を越えた場合には、高額医療費に該当する場合があります。 ※詳しくは、お問い合わせください。</p>	<p>4 次の場合には受給資格がなくなりますので、速やかに受給者証を返却願います。</p> <p>① 恵庭市外へ転出したとき（再転入時は新たに申請が必要です。）。</p> <p>② 健康保険の資格を喪失したとき。</p> <p>③ 生活保護等他の医療制度の受給者になったとき。</p> <p>④ 婚姻（事実婚を含む。）などにより、ひとりで親家庭でなくなったとき。</p> <p>⑤ 有効期間が終了したとき。</p> <p>5 受給資格は、親・子ともにお子様が18歳に到達した年度末までです。ただし、それ以降も学生である等の理由で引き続き親の扶養である場合には、新たに申請すると、お子様が20歳到達日の末日まで、引き続き医療費の助成が受けられます。</p> <p>6 届出事項（氏名、住所、加入している健康保険、上たる生計維持者）に変更があったときは14日以内に、この受給者証を添えて手続き願います。</p> <p>7 この受給者証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。</p> <p>8 不正にこの受給者証を使用した者は、刑法により処分を受けます。</p> <p>問合せ先 〒061-1493 北海道恵庭市京町1番地 恵庭市役所 電話番号(0123)33-3131 内線</p>

(表)

親初		【道内の医療機関にて使用可能】	
		ひとり親家庭等医療費受給者証	
受給者	住所	〒061-1498	受給者番号
	氏名	95010310	
	生年月日		
有効期間			
発行機関名及び印		恵庭市	恵庭市長
交付年月日			

★ 受給者証をお送りいたします。  
なお、裏面の「注意事項」をよくお読みください。

※加入している健康保険が変更になった場合、必ず変更手続きをしてください。

(裏)

注 意 事 項	
<p>この受給者証は、保険医療機関等（以下「病院等」という。）で、医療費助成を受けられる対象者であることを証明するものです。大切に保管してください。</p> <p>1 道内の病院等において診療を受ける場合は、この証を必ず窓口へ提出してください。また、次のことに注意してください。</p> <p>①（親初）の証をお使いの方は、初診の場合に限り、次の初診時一部負担金を支払ってください。</p> <p>① 内科受診の場合 580円 ② 歯科受診の場合 610円 ③ 柔道整復の場合 270円</p> <p>②（親認）の証をお使いの方は、産科・産科・調剤・乗道整復等の診療を受ける際、保険内医療費の1割（割の入院以外の医療費については2割）に相当する額を支払ってください。</p> <p>2 道外の病院等において診療を受ける場合は、この受給者証は使用できません。診療を受けた際には、診療を受けた月の翌月より、次のものをお持ちになり、市役所又は各支所・出張所で助成申請をしてください。</p> <p>※申請に必要なもの 領収書、受給者証、振込口座の内容がわかるもの、医療保険各法の被保険者もしくは組合員または被扶養者であることを証する書類</p> <p>3 （親認）の証をお使いの方で、1割又は2割負担した額が裏面記載の月の負担上限額を超えた場合には、高額医療費に該当する場合があります。</p> <p>※詳しくは、お問い合わせください。</p>	
<p>4 次の場合には受給資格がなくなりますので、速やかに受給者証を返却願います。</p> <p>① 恵庭市外へ転出したとき（再転入時は新たに申請が必要です。）、</p> <p>② 健康保険の資格を喪失したとき、</p> <p>③ 生活保護等他の医療制度の受給者になったとき、</p> <p>④ 婚姻（事実婚を含む。）などにより、ひとり親家庭でなくなったとき、</p> <p>⑤ 有効期間が終了したとき、</p> <p>5 受給資格は、親・子どもにお子様が生れた年度末までです。ただし、それ以降も学生である等の理由で引き続き親の扶養である場合には、新たに申請すると、お子様が20歳到達月の末日まで、引き続き医療費の助成が受けられます。</p> <p>6 届出事項（氏名、住所、加入している健康保険、主たる生計維持者）に変更があったときは14日以内に、この受給者証を添えて手続き願います。</p> <p>7 この受給者証を破ったり、汚したり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。</p> <p>8 不正にこの受給者証を使用した者は、刑法により処罰を受けます。</p>	
<p>問合せ先 〒061-1498 北海道恵庭市京町1番地 恵庭市役所 電話番号(0123)33-8131 内線</p>	

## 附 則

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の恵庭市子ども医療費助成に関する条例施行規則第4条及び恵庭市重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費の助成に関する条例施行規則第5条の規定に基づき交付されている受給者証は、当分の間、なおその効力を有する。

