

八代市乳幼児医療費助成制度に係る協定書（見本）

八代市（以下「甲」という。）と〇〇整骨院（以下「乙」という。）とは、八代市乳幼児医療費助成制度の円滑なる運営を期するため、次のとおり協定する。

（現物給付）

第1条 乙は、次に定める条例に規定する受給者から健康保険証及び甲が発行する受給資格者証の提示を受け、診療等を行った場合は、当該条例に規定する助成金の対象となる医療費（以下「助成対象医療費」という。）を当該受給資格者に対して請求しないこととする。

- （1） 八代市乳幼児医療費の助成に関する条例（平成17年条例第171号）
- 2 前項の規定は、国民健康保険法又は社会保険各法に規定する一部負担金の月額が21,000円以上の場合は適用しない。
- 3 甲は、第1項の規定に基づき、乙が受給資格者に対して助成対象医療費として請求しなかった額を、乙に対し支払うものとする。

（請求及び支払い）

- 第2条 乙は、第1条の規定に基づき、受給資格者に対して請求しなかった助成対象医療費について、診療等を行った月の翌月10日までに、甲が別に定める書類に必要な事項を記入して甲に請求するものとする。
- 2 甲は、前項の規定に基づき、乙から請求があった場合は、必要な審査を行ったうえ、提出のあった月の翌月の20日までに乙に対して口座振替の方法により支払うものとする。

（請求権の放棄）

第3条 乙は、第2条第1項に定める書類を提出期限の翌日から起算して1年を超えて行わないときは、当該助成対象医療費に係る甲に対する請求権を放棄するものとする。

(有効期間)

第4条 本書の有効期間は、平成24年10月1日から平成25年3月31日までとする。
ただし、有効期間満了の日の30日前までに、甲乙いずれからも改定等の申し入れがないときは、さらに1年間更新するものとし、その後も同様とする。

(その他)

第5条 本書に定める事項に疑義が生じた場合、甲乙協議して決定するものとする。

この協定の成立を証するため、本書2通を作成し、甲乙それぞれ1通ずつを保有するものとする。

平成24年 月 日

甲 八代市松江城町1番25号

八代市

代表者 八代市長 福島和敏 印

乙 八代市松江城町3番13号

〇〇整骨院

代表者

印

(案)

乳


登 録 番 号							

口 座 振 替 依 頼 書

八代市乳幼児医療費助成制度について、八代市と締結した協定に基づく乳幼児医療費を下記の金融機関口座に口座振替で支払されるよう依頼します。

平成 年 月 日

(あて先) 八 代 市 長

保 険 医 療 機 関	所在地	〒 ー
	名 称	TEL ()
	開設者	

※ 印鑑は開設者個人を特定できる印鑑（代表者印または個人印）で、医療費請求書に押す印鑑と同じものを押してください。

[illegible]

(あて先) 八代市長

八代市乳幼児医療費請求書

平成 年 月分の乳幼児医療費を次のとおり請求します。

平成 年 月 日

柔道整復師施術所の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

㊞

総合計件数	総合計点数	一部負担金 合計金額
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
件	点	円

(上の欄は総合計のため、1枚目のみに記入してください。)

請求明細 (枚中の 枚目)

番号	八代市乳幼児医療費助成 受給者番号							乳 幼 児 氏 名			生 年 月 日				受 給 者 コ ー ド				保 険 者 番 号				診療 科目	日数	他法 適用	診 療 内 訳											
																										区 分	総 点 数 (点)			一 部 負 担 金 (円)							
01	第						号		平成		年		月		日								2	5		0	1	2. 外来									
02	第						号		平成		年		月		日								2	5		0	1	2. 外来									
03	第						号		平成		年		月		日								2	5		0	1	2. 外来									
04	第						号		平成		年		月		日								2	5		0	1	2. 外来									
05	第						号		平成		年		月		日								2	5		0	1	2. 外来									
06	第						号		平成		年		月		日								2	5		0	1	2. 外来									
07	第						号		平成		年		月		日								2	5		0	1	2. 外来									
08	第						号		平成		年		月		日								2	5		0	1	2. 外来									
09	第						号		平成		年		月		日								2	5		0	1	2. 外来									
10	第						号		平成		年		月		日								2	5		0	1	2. 外来									
																												計									

(重要)

※この請求書は、一部負担金の額が1ヶ月に21,000円以上の場合には使えません。
※請求ができる期間は、診療の翌月から12ヶ月以内です。
※診療月分ごとに記入し、請求してください。

振込先口座