

伊丹市規則第 4 2 号

伊丹市子育て支援のための医療費の助成に
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 6 月 2 5 日

伊丹市長 中田 慎也

伊丹市子育て支援のための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（令和８年伊丹市規則第４２号）

伊丹市子育て支援のための医療費の助成に関する条例施行規則（平成１８年伊丹市規則第８号）の一部を次のように改正する。

様式第４号から様式第４号の３まで及び様式第７号を次のように改める。

(表)

乳		乳幼児等医療費受給者証					
負担者番号							
受給者番号							
受給者	住所氏名						
	生年月日						
	一部負担金	外来					
		入院					
有効期間							
交付年月日							
発行機関名及び印		兵庫県伊丹市長 					

この証は、兵庫県内の保険医療機関等においてのみ有効です。

(裏)

ご 注 意	
1	この証は、受給者以外は使えません。
2	この証は、兵庫県内の保険医療機関等において、保険診療で受診する際に使用する証ですから、大切に保持してください。
3	保険医療機関等において診療、薬剤の支給等を受ける場合は、マイナ保険証や資格確認書などの保険資格が確認できるものととともに、この証を窓口に提示してください。なお、入院・通院にかかわらず医療費が高額になる場合は、限度額適用認定証を併せて提示してください。（オンライン資格確認ができる場合を除く。）
4	この証で医療を受けたときは、保険医療機関等ごとに、表面に記載してある一部負担金を支払ってください。
5	市外に転出したとき等、対象者の資格を失ったときは、速やかにこの証を市長に返還してください。
6	氏名、住所、加入している医療保険等に変更があった場合は、速やかにこの証を添えて市長に届け出てください。
7	この証を破ったり、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。
8	健康診断料、予防注射料、薬のビン代、往診の場合の負担金、診断書料、証明書料、先発医薬品の特別の料金等、保険外診療分は自己負担となります。
9	他の公費負担医療制度（自立支援医療、指定難病、小児慢性特定疾病等）の受給者である場合、当該制度を利用したうえで、この受給者証を併用することができますので、当該制度の受給資格が確認できるものと併せて提示してください。
10	学校管理下において生じたケガ等、災害共済給付の対象となる場合は、この受給者証は使えません。

(表)

こ こども医療費受給者証	
負担者番号	
受給者番号	
受給者	住所氏名
	生年月日
	外来
	入院
有効期間	
交付年月日	
発行機関名及び印	

この証は、兵庫県内の保険医療機関等においてのみ有効です。

(裏)

ご 注 意	
1	この証は、受給者以外は使えません。
2	この証は、兵庫県内の保険医療機関等において、保険診療で受診する際に使用する証ですから、大切に保持してください。
3	保険医療機関等において診療、薬剤の支給等を受ける場合は、マイナ保険証や資格確認書などの保険資格が確認できるものととともに、この証を窓口に提示してください。なお、入院・通院にかかわらず医療費が高額になる場合は、限度額適用認定証を併せて提示してください。（オンライン資格確認ができる場合を除く。）
4	この証で医療を受けたときは、保険医療機関等ごとに、表面に記載してある一部負担金を支払ってください。
5	市外に転出したとき等、対象者の資格を失ったときは、速やかにこの証を市長に返還してください。
6	氏名、住所、加入している医療保険等に変更があった場合は、速やかにこの証を添えて市長に届け出てください。
7	この証を破ったり、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。
8	健康診断料、予防注射料、薬のビン代、往診の場合の負担金、診断書料、証明書料、先発医薬品の特別の料金等、保険外診療分は自己負担となります。
9	他の公費負担医療制度（自立支援医療、指定難病、小児慢性特定疾病等）の受給者である場合、当該制度を利用したうえで、この受給者証を併用することができますので、当該制度の受給資格が確認できるものと併せて提示してください。
10	学校管理下において生じたケガ等、災害共済給付の対象となる場合は、この受給者証は使えません。

様式第4号の3

高校生等入院医療費受給者証		
受給者番号		
受給者	住	
	所	
	氏名	
	生年月日	
有効期間		
交付年月日		
発行機関名及び印		兵 庫 県 伊 丹 市 長 印

住所等変更届

医療の種別	子育て支援医療	
	変 更 前	変 更 後
(フリガナ)		
氏 名		
生年月日		
住 所		
送付先住所		
医療保険の 加入状況	(被保険者, 組合員または世帯主の氏名)	(被保険者, 組合員または世帯主の氏名)
	(被保険者, 組合員または世帯主の住所)	(被保険者, 組合員または世帯主の住所)
	(被保険者, 組合員または世帯主の記号番号)	(被保険者, 組合員または世帯主の記号番号)
	(保険区分)	(保険区分)
	(保険者の名称)	(保険者の名称)
	(保険者番号)	(保険者番号)
	(保険者の住所地)	(保険者の住所地)
備 考		上記の事由発生年月日 (. .)
上記のとおり関係書類を添えて届け出ます。 年 月 日 住 所 氏 名 (続柄) 電話番号 伊丹市長 様		

- ☐ 保険変更
- ☐ 住所変更
- ☐ 氏名変更
- ☐ 送付先変更
- ☐ その他

付 則

この規則は，令和 8 年 7 月 1 日から施行する。