

市区町村の医療費助成事業の適用を受けている皆さんへ

公費負担受給（開始・停止）の届出はされていますか

医療費助成事業の適用状況について、確認の調査を5月に実施します。



組合員や被扶養者（老人保健法適用者を除く。）が市区町村の医療費助成を受けることとなったときや受けなくなったときは、**公費負担受給（開始・停止）の届出をお願いします。**

共済組合では、組合員や被扶養者（老人保健法適用者を除く。）の受診時の自己負担額が2万5千円を超える場合には、診療報酬明細書（レセプト）に基づいて「一部負担金払戻金」、「家族療養費附加金」及び「家族訪問看護療養費附加金」（以下「一部負担金払戻金等」という。）として、その自己負担額の一部を払い戻しています。

しかし、市区町村の条例等に基づいて医療費の助成を受けている組合員や被扶養者には、受診時に自己負担がありませんので、一部負担金払戻金等の給付はできないことになっています。

そこで、一部負担金払戻金等の適正な給付を行うため、市区町村の医療費助成を受けることとなったときや受けなくなったときは、公費負担受給（開始・停止）の届出をお願いします。

また、老人保健法適用者の医療費は、払い戻しの対象ではありませんので、65歳以上75歳未満の組合員・被扶養者が、障害等のため、老人保健法の適用を受けることとなった場合は、老人保健法障害認定届により、届出をお願いします。

【届出手続】

所属所共済事務担当課（係）を通じて、公費負担受給報告書を共済組合へ提出してください。

【注意事項】

医療費助成の適用を受けているにもかかわらず、一部負担金払戻金等が誤って支給された場合、当該一部負担金払戻金等は返還していただくこととなりますので、届出を忘れないように願います。

公費負担受給（開始・停止）報告書

組合員証 番号	記号	組合員氏名	生年月日	公費番号	受給開始・停止年月日
本人		昭和 年 月 日			開始 平成 年 月 日 停止 平成 年 月 日
被扶養者		平成 年 月 日			開始 平成 年 月 日 停止 平成 年 月 日
被扶養者		昭和 年 月 日			開始 平成 年 月 日 停止 平成 年 月 日
被扶養者		平成 年 月 日			開始 平成 年 月 日 停止 平成 年 月 日
被扶養者		昭和 年 月 日			開始 平成 年 月 日 停止 平成 年 月 日
被扶養者		平成 年 月 日			開始 平成 年 月 日 停止 平成 年 月 日
被扶養者		昭和 年 月 日			開始 平成 年 月 日 停止 平成 年 月 日
被扶養者		平成 年 月 日			開始 平成 年 月 日 停止 平成 年 月 日
公費番号					
91		重度心身障害者医療費助成条例（市・町・村）			
92		母子家庭医療費助成条例（市・町・村）			
93		心身障害者医療費助成条例（市・町・村）			
94		幼児（3歳児）医療費助成条例（市・町・村）			
95		乳幼児（乳2才）医療費助成条例（市・町・村）			
96		愛媛県以外の都道府県又は市区町村が実施する乳幼児医療費助成条例（愛媛県と内容が異なるもの）（市・区・町・村）			
99		その他の医療費助成条例（市・区・町・村）			

上記のとおり報告します。
愛媛県市町村職員共済組理事長 殿
平成 年 月 日
組合員氏名

上記は事実と相違ないものと認めます。
平成 年 月 日
所属所長 職名
氏名

（問い合わせ先）
保健課医療厚生係
TEL089-945-6318

