

## 乳幼児等医療費制度変更・非該当届出書

次の者が、乳幼児等医療費の公費負担制度について（ 変更 ・ 非該当 ）となりましたので、届け出ます。

公立学校共済組合広島支部長 様

令和 年 月 日

所属所名 \_\_\_\_\_ 所属所コード \_\_\_\_\_

組合員氏名 \_\_\_\_\_ 組合員等番号 \_\_\_\_\_

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |    |  |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----|--|
| 対 象 者  | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                             |               | 続柄 |  |
|        | 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                           | 平成・令和 年 月 日 生 |    |  |
| 適用のとき  | 乳幼児医療制度は、対象年齢であれば適用を受けていることが前提となるため、 <b>出生時に適用となった際の共済組合への届出は不要です。</b>                                                                                                                                                                                                         |               |    |  |
| 変更のとき  | <div><div><input type="checkbox"/> 非該当だったが適用になった<br/><input type="checkbox"/> 市町村が変更になった<br/><input type="checkbox"/> 窓口負担額が変更になった<br/><input type="checkbox"/> その他<br/>( )</div><div>変更の場合は<br/>ここに新しい受給者証の写し<br/>(対象者・有効期限・一部負担金額<br/>が記載されたページ) を<br/>貼付してください。</div></div> |               |    |  |
| 非該当のとき | <div>非該当の理由<br/><input type="checkbox"/> 所得超過      <input type="checkbox"/> 年齢超過<br/><input type="checkbox"/> 申請をしていない<br/><input type="checkbox"/> その他<br/>( )<br/>※市町村等からの非該当決定に関する通知文等<br/>があれば、その写しを添付してください。</div>                                                        |               |    |  |

乳幼児等医療費の公費負担制度とは・・・

「乳幼児等医療受給者証」は被扶養者証等を持ってお住まいの市町の担当窓口に行って申請手続きを行うことにより交付されます(所得制限あり)。この「乳幼児等医療受給者証」と被扶養者証を使って受診した場合に、保険診療に係る総医療費のうち、対象者が負担すべき額（通常、義務教育就学前の被扶養者は総医療費の2割の額）から一定額を控除した額が市町から補助され、対象者は一部負担金のみで受診できます。