

医療費公費負担制度届出書

次の者が、医療費公費負担制度について（適用・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 _____ 組合員番号 _____

[illegible]

お知らせとお願い

1 「医療費公費負担制度届出書」の利用目的等

国、県及び地方公共団体（以下「地方公共団体等」といいます。）は、法律または条例等により、原爆医療・公害疾病・結核・精神障害・身体障害・特定疾患・ひとり親・乳幼児等について、様々な医療費の助成制度（以下「公費負担医療」といいます。）を実施しています。

公立学校共済組合においては、組合員又は被扶養者が地方公共団体等で実施している公費負担医療制度の新規適用となったとき、助成内容が変更になったとき又は所得制限等で非適用になったときは、その都度すみやかな届出をお願いして、短期給付金の適正な給付に努めています。

なお、届出いただいた情報は、短期給付事務のためだけに使用します。

<医療費公費負担制度と共済短期給付金との関係>

組合員又は被扶養者が医療機関で治療を受けた場合、当支部では医療機関の窓口での自己負担額に応じて一部負担金払戻金等を組合員に給付しています。

このとき、医療費公費負担制度の適用を受けると、医療機関の窓口での自己負担額が軽減又は免除され、地方公共団体等が負担することとなり、その公費負担の限度において当支部は一部負担金払戻金等の給付を行いません。

よって、医療費公費負担制度対象者の受給状況について正しい報告がされない場合、①当支部と地方公共団体等から二重で受けた給付金額を戻入していただく、②当支部から支給すべき給付金が支給されない等の場合があります。必ず、最新の受給状況を報告してください。

2 医療費公費負担制度届出書について

次の場合には、「公費負担医療費助成制度届出書」（表面）に必要事項を記入し、短期給付係に提出してください。

（１）公費負担医療を受けることが新規に決定した場合

※届出書に受給者証の写しを貼付してください。

（２）公費負担医療の内容が変更となった場合（実施機関、一部負担金限度額が変更になった等）

※届出書に受給者証の写しを貼付してください。

（３）公費負担医療の認定が中止または期間満了等により終了した場合

※非該当決定通知等があれば、その写しを添付してください。

3 届出書の提出先・お問い合わせ先

〒730-8514

広島市中区基町 9-42

公立学校共済組合広島支部 短期給付係 電話 082-513-4957

（届出書の提出は、所属所経由でも差し支えありません。）