

公費負担医療助成 該当 取消 変更 届出書										所属所名						
										所属所コード						
組合員氏名(漢字) 組合員証番号				該当者氏名						組合員と の続柄	性別 男・女	生年月日				
												年号	年	月	日	
											昭和 平成 令和					
該 当 の と き	公費負担医療 有効期間			平成 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで												
	公費負担医療の種類															
	申請をした担当部署															
	医療助成を行う公共団体名 (国、県、市区町村等)															
	助成内容(給付内容) *保険診療*			1 自己負担あり → 自己負担に対してさらに助成 2 自己負担なし 3 その他()												
右の1～3のいずれかを○で囲んでください その他の場合は詳しく記入してください																
取 消 し の と き	公費負担医療の種類															
	取消年月日			平成 令和 年 月 日												
	取消理由															
変 更 の と き	公費負担医療の種類															
	変更年月日			平成 令和 年 月 日												
	変更理由															
上記のとおり届け出ます。																
公立学校共済組合埼玉支部長 (一財)埼玉県教職員互助会理事長 令和 年 月 日 〒 届出者 住所 (組合員) 氏名 電話番号 () -																

留 意 事 項

公費負担医療助成に該当すると、保険診療で自己負担したうちの一部又は全部が市区町村等から助成されます。

これに伴い、共済組合又は互助会から支給される医療給付金の給付調整を行うことになります。

公費負担医療助成に該当していて、届出書を提出されませんと共済組合、互助会から給付した医療給付金を遡及して返還していただくことがありますので、御注意ください。

は じ め て 提 出 す る 方 へ

- 1 届出書用紙の「該当」を○で囲み、該当届出書を提出してください。
- 2 市区町村等で交付を受けた医療受給者証の写しを添付してください。
- 3 所属所を通さず、直接福利課に提出してもかまいません。

提出後、公費負担医療が取消しになった方へ

- 1 届出書用紙の「取消」を○で囲み、取消届出書を提出してください。
- 2 取消届出書は、次のいずれかに該当するとき、提出してください。
 - (1) 治ゆにより、取消しに至ったとき
 - (2) 更新手続きが遅延し、公費負担適用がされないとき
 - (3) 収入要件等の条件により、公費負担適用がされないとき
- 3 市区町村等からの取消通知の写しを添付してください。
- 4 取消届出書を提出していただきませんと、共済組合、互助会からの医療給付が再開しませんので、御注意ください。
- 5 被扶養者の方で他の健康保険の加入等により、資格喪失したときは提出してください。
ただし、組合員の退職・転出に伴う被扶養者の資格喪失は、提出する必要はありません。

提 出 後、変 更 が 生 じ た と き

- 1 届出書用紙の「変更」を○で囲み、変更届出書を提出してください。
- 2 変更届出書は、次のいずれかに該当するとき、提出してください。
 - (1) 住所変更
 - (2) 引き続き公費負担医療に該当するが、該当内容に変更があったとき
例 障害等級が 1 級→3 級に変更になった

個 人 情 報 保 護 法 に 基 づ く 公 表 事 項

- 1 利用目的
公費負担医療助成届出書に記載された個人情報については、共済組合及び互助会からあなたに給付する医療費の算出に利用するとともに、市区町村があなたに公費負担医療助成を実施するに当たり、照会があった場合に提供します。
- 2 提供する個人データの項目
公費負担医療助成届出書に掲載されたすべての事項が対象になります。また、この届出に関連する医療費等（受診者氏名、支給年月日、診療年月、医療費総額、一部負担金額、高額療養費、一部負担金払戻金、家族療養費附加金）も対象になります。
- 3 提供方法
居住地の市区町村の帳票によって提供します。
- 4 同意されない場合
同意されない場合は、本人の求めに応じて個人情報の提供を停止することができますので、短期給付担当（048-830-6696）にお申し出ください。

なお、個人情報保護に関する方針は、公立学校共済組合埼玉支部のホームページ及び「福利のしおり」を参照してください。