

各 所 属 所 長 様

公立学校共済組合高知支部長
(公 印 省 略)

医療費公費負担制度の周知について（依頼）

平素は、当共済組合の運営について、ご理解、ご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、地方公共団体が医療費を助成する医療費公費負担制度のうち、下記2の医療費公費負担制度について、組合員及びその被扶養者が適用を受けるようになった場合、又は適用を受けなくなった場合は、下記3の書類により当共済組合高知支部に届出が必要となります。

つきましては、所属組合員へ別紙「医療給付についてのお願い」によりご周知いただきますようよろしくお願いします。

なお、すでに当共済組合へ届出を行っている方は、新たな届出は必要ありません。

記

1 依頼の趣旨

医療費公費負担制度の適用を受ける旨の届出をいただいた場合は、重複給付を防止するために共済組合の附加給付等を停止します。（医療費公費負担制度により市町村から医療費の助成を受けながら、その旨を当共済組合高知支部に届け出ず、市町村からの助成に加えて当共済組合から附加給付等を受けると、公費優先の原則から、給付を受けた当共済組合の附加給付等を返納していただくことになります。）

公費との重複給付を防止し適切な給付を行うため、該当者となった場合には届出が必要であることを周知いただくものです。（すでに届出を行っている方は新たな届出は必要ありません。）

2 該当者の医療費公費負担制度

医療費公費負担制度	受給者証の名称	公費負担番号上2桁（法別番号）
重度心身障害児・者医療制度	障害医療費受給者証	一般（65歳未満）：46 高齢（65歳以上）：47
ひとり親家庭医療制度	ひとり親家庭医療費受給者証	43

※ 高知県外の都道府県在住者も対象となります。（公費負担番号は高知県と異なります。）

※ 乳幼児医療費助成制度は除きます。

3 届出書類

（1）「公費医療助成認定・取消届出書（様式第3-26号）」

（2）①医療費助成制度の適用を受けるようになった場合

⇒「障害医療費受給者証」又は「ひとり親家庭医療費受給者証」の写し

②医療費助成制度の適用を受けなくなった場合

⇒却下通知の写し

4 組合員への周知

別紙の「医療給付についてのお願い」を貴所属のすべての組合員へ回覧してください。

5 その他

今後、新たに「重度心身障害児・者医療制度」又は「ひとり親家庭医療制度」の適用を受けるようになった場合や、適用を受けなくなった場合には、その都度、組合員の方から、前記3の書類による届出が必要となります。

【お問い合わせ・提出先】

〒780-0850 高知市丸の内1丁目7-52
高知県教育委員会事務局 教職員・福利課内
公立学校共済組合高知支部 担当 橋田
TEL:088-821-4813

医 療 給 付 に つ い て の お 願 い

組合員または被扶養者が、次の公費負担医療制度（＊１）の受給者となられている場合は、医療機関で支払う医療費の自己負担額が公費（地方公共団体）で助成されます。

公費からの助成と共済組合の給付との重複支給を避けるため、共済組合からの附加給付等を停止する必要がありますので、受給者となられている場合は、「公費医療助成認定・取消届出書」（様式第３－２６号）に市町村が交付した各受給者証の写し等を添付のうえ、共済組合へ届出をしてください。（＊２）

※すでに共済組合に届出を行っている場合は新たに届け出る必要はありません。

- ◎ 届出がない場合や遅れた場合において誤って附加給付等を給付された場合は、**給付金を返還していただくこととなります**ので、遅滞なく届け出てください。
- ◎ 新たに受給者となられた場合や、受給者でなくなった場合も届出が必要です。

（＊１）公費負担医療制度

①重度心身障害児・者医療 …… 障害医療費受給者証

（公費負担番号上２桁４６又は４７）

②ひとり親家庭医療 …… ひとり親家庭医療費受給者証

（公費負担番号上２桁４３）

（＊２）共済組合への届出

- ①受給者となった場合 ⇒ ● 「公費医療助成認定・取消届出書」（様式第３－２６号）
● 障害医療費受給者証・ひとり親家庭医療費受給者証の写し
- ②受給者でなくなった場合⇒ ● 「公費医療助成認定・取消届出書」（様式第３－２６号）
● 却下通知書の写し等

【お問い合わせ先】

〒780-0850 高知市丸の内１丁目７－５２
公立学校共済組合高知支部
共済班 橋田
TEL:088-821-4813