



分類	回	宛	指示事項
4 4 2/	校長	教頭	係

公共高第173-1号
平成23年 5月23日
23高教互第30-1号
平成23年 5月23日

各 所 属 所 長 様

公立学校共済組合高知支部長

(公 印 省 略)

財団法人高知県教職員互助会理事長

(公 印 省 略)

医療費公費負担制度該当者への周知について（依頼）

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

さて、国及び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、地方公共団体が行うもの（乳幼児医療費助成制度は除く。以下「医療費公費負担制度」という。）について、組合員（会員）及びその被扶養者が該当者となる場合は、下記のとおり届出が必要となりますので、所属組合員（会員）への周知をお願いします。

記

1 依頼の趣旨

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ており、これに加えて当共済組合・互助会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・互助会の附加給付等を返納していただくことになります。

こうした事態を防ぎ、適切な給付を行うため、該当者に周知いただくとともに状況把握を行うものです。

2 該当者

次の制度の適用を受けている組合員（会員）及び被扶養者

※ 新規採用者・転入者も含みます。

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

【高知県】

医療費公費負担制度	公費負担者番号（法別番号）
重度心身障害児・者医療(福祉医療)	一般（65歳未満）：46 高齢（65歳以上）：47
ひとり親家庭医療	43

- (1) すでに当共済組合において医療費公費負担制度対象者として把握できている方については、該当組合員（会員）あてに別途通知していますので、該当の方に、書類の提出をご指導ください。

※ 平成23年5月 日付け公共高第 ー2号・23高教互第 ー2号「医療費公費負担制度の適用状況について（照会）」により通知。

※ 平成23年4月1日以降、適用について確認できた方は、今回の調査から除いています。

- (2) 医療費公費負担制度の適用を受けているが、当共済組合が把握できていない方については、新たに届出が必要となります。

該当の組合員（会員）の方に、下記3の書類の提出をご指導ください。

3 提出書類

- (1) 「公費医療助成認定・取消届出書（様式第3ー26号）」（同封）

※ コピーのうえ、使用してください。

- (2) 受給資格者証の写し等

4 提出期限

平成23年6月17日（金）

5 その他

- (1) この調査後、新たに上記2の医療費公費負担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は、その都度、組合員（会員）の方から、上記3の提出書類の提出が必要となります。

- (2) この調査は、共済組合・互助会の給付の重複支給及び給付金の返納を防ぐことを目的に、今年度から組合員（会員）に対して行うものです。

- (3) 乳幼児医療費助成制度の確認は、平成23年5月18日付け公共高第153号・23高教互第23号「子どもに対する医療給付の給付制限について」により通知しています。

【お問い合わせ・提出先】

〒780-0850 高知市丸の内1丁目7-52

高知県教育委員会総務福利課内

公立学校共済組合高知支部

TEL：088-821-4755 短期給付担当

公費医療助成認定・取消届出書

組合員氏名		組合員証 記号番号	公立高知 第 号	所属 機関名	
対象者氏名		生年月日 性別・続柄	昭和 年 月 日 平成 続柄	性別 男 女	
居住する 市町村名		受給者証等の 有効期間開始日	平成 年 月 日		
助成内容（該当に ☒ ）					
認 定	☐ ひとり親家庭医療の助成を受けています ☐ 重度心身障害児・者医療の助成を受けています。				
取 消	☐ ひとり親家庭医療の助成を受けられなくなりました。 ☐ 重度心身障害児・者医療の助成を受けられなくなりました。				
上記のとおり報告します。 公立学校共済組合高知支部長 様 平成 年 月 日 住所 組合員 氏名 印					

(添付書類)

- 1 認定届出の場合：受給者証の写し
- 2 取消届出の場合：却下通知書の写し