

公費負担医療制度の 該当・不該当届出のお願い

医療機関等の受診において、組合員証等を提示し、窓口にて自己負担額を支払いした際、1件25,000円（上位所得者：50,000円）を超えるときは、その超える額（1,000円未満の端数は切捨て）が「一部負担金払戻金」又は「家族療養費附加金」として、共済組合から支給されます。

ただし、組合員又は被扶養者が公費負担医療制度の適用を受けることとなった場合、医療費の自己負担額（窓口負担額）については、公費で負担されることから、「一部負担金払戻金」又は「家族療養費附加金」の支給は、対象外となりますので、『公費負担医療制度該当者・不該当者届書』に「受給（資格）者証の写し」を添付して提出してください。

なお、所得制限などにより公費負担医療制度の適用が対象外となった場合も『公費負担医療制度該当者・不該当者届書』を提出してください。

●届出が必要な公費負担医療制度

重度心身障害児者等医療制度	該当となった場合、該当者届書を提出 不該当となった場合、不該当者届書を提出
ひとり親家庭医療費助成制度	該当となった場合、該当者届書を提出 不該当となった場合、不該当者届書を提出
妊婦医療費助成制度 ※日高町、印南町独自制度	該当となった場合、該当者届書を提出 不該当となった場合、不該当者届書を提出

※乳幼児等医療制度については、共済組合に届出している居住地及び年齢により、該当管理しています。

出生などにより被扶養者の資格を新規に取得した場合、届書の提出は不要です。

なお、居住地の変更がありましたら、速やかに住所変更の手続きをお願いします。

※「一部負担金払戻金」又は「家族療養費附加金」は、医療機関等から共済組合に請求があった月に支給されます。