

公費負担医療制度の適用を受けたとき、受けなくなったとき

「公費負担医療制度該当者・不該当者届書」

公費負担医療制度の適用を受けたとき

組合員や被扶養者である家族の方の中で、国または地方公共団体の法令の規定により次の公費負担医療制度の適用を受けている方は届け出をお願いします。

■重度心身障害児（者）医療 ■ひとり親家庭医療 ■その他

上記の適用を受けている方は規定により共済組合に届け出なければならないことになっており、この届け出は共済組合が行う附加給付の関係で非常に大切なものです。

共済組合では、この届け出がない場合、「公費負担医療制度の適用」の把握が困難となりますので、もう一度ご確認いただき、未提出の方は早急に所定の届書により共済組合へご報告ください。

《注意》

公費負担医療制度の適用を受けていて届け出がないまま、後日、公費適用であることが判明した場合には、医療分の家族療養費附加金等の給付金を返還していただくこととなります。くれぐれもご注意ください。

公費負担医療制度の適用を受けなくなったとき

公費負担医療制度の適用を受けなくなった場合には、家族療養費附加金等の支給の対象となりますので、所定の届け出によりご報告ください。

詳しくは、所属所共済組合事務担当者または共済組合短期給付係までお問い合わせください。

※就学前の乳幼児医療制度については、附加給付は行いません。所得制限等により各制度に該当しない場合には、附加給付の対象となりますので右の届書によりご報告ください。

公費負担医療制度該当者・不該当者届書												
組合員記号・番号		-				組合員氏名			所属所名			
資格取得年月日		S 年 月 日				組合員住所						
区分	種別	氏名	性別	生年月日	種別	公費負担医療制度に関する事項			備考			
						実施市町村名	制度の名称	公費負担あり/なし/不該当				
親	該当	本人	S	年 月 日	男			S	年 月 日			
	不該当		H	年 月 日	女			H	年 月 日			
扶	該当		S	年 月 日	男			S	年 月 日			
	不該当		H	年 月 日	女			H	年 月 日			
養	該当		S	年 月 日	男			S	年 月 日			
	不該当		H	年 月 日	女			H	年 月 日			
遺	該当		S	年 月 日	男			S	年 月 日			
	不該当		H	年 月 日	女			H	年 月 日			

上記のとおり報告します。
和歌山県市町村職員共済組合理事長 院
平成 年 月 日 組合員氏名

上記の影響事項は事業と相違ないものと認めます。
平成 年 月 日 所属所長

※公費負担医療制度の名称について
「重度心身障害児等医療」・「ひとり親家庭医療」・その他（医療制度の名称）等を必ず制度の名称欄へ記入してください。
※「該当・不該当」欄は、いずれかを○で記入してください。
※「不該当」の場合は、備考欄にその理由を記入してください。