

この届出用紙は、保険証送付時に皆様へ同封しております。
 次の(A)(B)(C)に該当される場合は、届出の提出をお願いいたします。

<新たに三菱ケミカル健保の被保険者・被扶養者になった方>

(A) 医療費助成を受けておられる場合

<今回、異動（転籍、再雇用）等で三菱ケミカル健保の保険証が新しく切り替わった方>

<氏名変更や減失等で保険証を再交付された方>

(B) 医療費助成を受けているが、まだ届出を提出していない場合。

(C) 以前届出を提出したが、その後、受給期間の更新、受給内容の変更、または終了となった場合。

* 以下の方は提出不要です

- ・医療費助成を受けていない方
- ・既に届出を出していて、期間や内容に変更が無い方



自治体より医療費助成証を交付されている方は 必ず健保組合へお届けください

乳 医 療 証			
氏名	性別	生年月日	年齢
住所	市区町村	番	号
有効期限	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	
上記の者は東京都〇〇区または世田谷区の助成に該当する 事例より、医療費の一部を〇〇〇〇が助成するもので あることも証明する。			
東京都〇〇区長 〇〇 〇〇			
交付年月	令和 年 月 日		

助成制度の例:

乳幼児医療費助成制度、こども医療費助成制度、ひとり親家庭医療費助成制度、
 心身障害者医療費助成(更生医療、育成医療)、小児慢性特定疾病医療費助成 等

国や地方自治体には、こどもや心身障害者等を対象とする各種の医療費助成制度があり、該当する方は、医療費の一部または全額が公費でまかなわれることとなります。

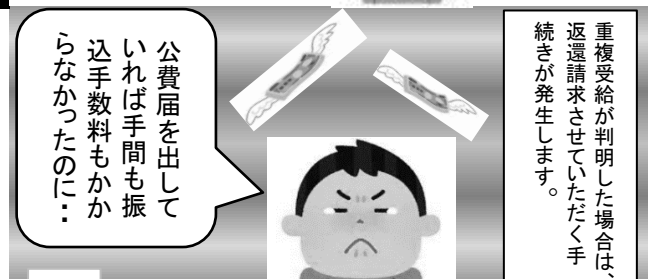
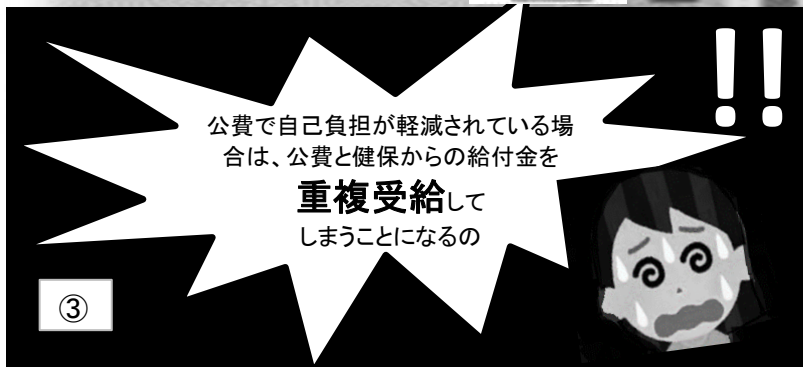
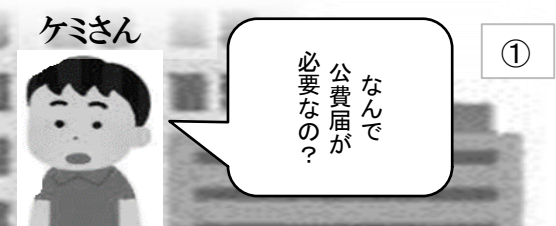
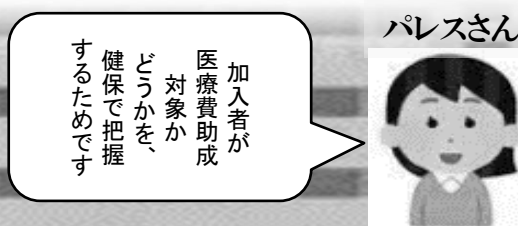
一方、健保組合でも、一定額以上の自己負担に対して、高額療養費・一部負担還元金・家族療養付加金を自動払い方式で支給しています。

健保組合では、これらの保険給付と医療費助成との重複給付を避けるため、医療機関から受け取る診療報酬明細書(レセプト)と、市区町村等から

送付されてくる医療費助成制度の通知書等のチェックに努めていますが、制度が多岐にわたる為、支給対象者すべてを漏れなく確認する事が困難です。

そのため、**重複支給が後で判明した場合は、健保組合から一時支給した給付金について返還請求させていただくこととなります。**

適正な給付を行うためにも、<届出対象者>に該当する方は、必ず健保組合までお届けいただきますようご協力をお願いします。



医療費助成の対象外となった場合、届出が遅れると本来支給されるべき保険給付が遅延することがあります

公費負担医療制度届

該当項目に☑を入れてください。

- 初めて医療費助成制度の対象となった(新規)
医療助成証の交付を受けているが、いままでにこの届出を出していなかった
- 有効期間の更新(期間更新)
- 今まで対象となっていた医療費助成の内容が変更・終了になった(変更・終了)

令和 年 月 日提出

※保険証券面上部記載の4ケタ(または3ケタ)の記号と7ケタの番号をご記入ください。

記号 (4ケタ、任継者は3ケタ)	番号(7ケタ)	被保険者氏名	事業所名・所属

■注意事項■

※制度に該当される方の「医療証」、「受給券」、「通知」等をご覧の上、記載漏れのないようにご記入ください。

※制度に該当される方お一人ごとに、1制度につき1枚をご提出ください。

※助成内容について分かる範囲でご記入ください。記入に代えて「医療証」「受給者証」等のコピー(両面)を添付していただいても構いません。

※新規・期間更新・変更・終了のつど健保組合へご提出ください。

制度該当者の氏名	性別	生年月日			続柄	居住の市区町村		
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令				都 道 府 県	市 区 町 村	
制度名称 <small>受けている制度名に ☑を入れて下さい</small>	<input type="checkbox"/> 乳幼児医療費助成 <input type="checkbox"/> こども医療費助成 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療費助成 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 心身障害者医療費助成 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費助成 <input type="checkbox"/> 指定難病医療費助成					
有効期間 <small>該当欄に 期間をご記入 下さい</small>	該当する方に○を付けてください		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
	新規・変更		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
	期間更新		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
	有効期限前終了 <small>※終了した日と理由を 記入して下さい</small>		終了日 令和 年 月 日			終了理由 <input type="checkbox"/> 転居のため <input type="checkbox"/> 所得制限に該当 <input type="checkbox"/> その他()		
病院や薬局 での自己負担 <small>あり、又はなしに チェックして下さい</small>	<input type="checkbox"/> あり <small>いずれかに チェックして下さい ②の方は該当地域を ご記入ください</small>		<input type="checkbox"/> ①一旦窓口で3割(未就学児は2割)を負担をし、後日助成を受ける制度。 <input type="checkbox"/> ②窓口で限度額(例:通院1回につき300円、入院1日につき500円など)まで支払う制度。 限度額まで支払う対象となる地域をご記入ください。 例:国内全域、都道府県内のみ、市区町村内のみ <input type="checkbox"/> ③その他					
	<input type="checkbox"/> なし <small>該当地域を ご記入ください</small>		医療証・受給券等を提示して窓口負担が無料になるのはどの地域ですか? 例:国内全域、都道府県内のみ、市区町村内のみ					

三菱ケミカル健康保険組合 05.08

届出方法

「公費負担医療制度届」は健保組合ホームページ(<http://mcckenpo.or.jp/>)からも印刷することができます。
受けている助成内容が変更、または終了となりましたら、ホームページより印刷いただき、ご提出ください。

「公費負担医療制度届(新規・期間更新・変更・終了)」提出先(郵送、または社内便)

→所属の人事担当者経由、または健康保険組合へ直接郵送、もしくは社内便でご提出ください。

〒100-8251 東京都千代田区丸の内1-1-1 パレスビル
三菱ケミカル健康保険組合 給付担当 宛
(社内便の場合:パレスビル・三菱ケミカル健康保険組合 給付担当 宛)