

公費による医療費助成の該当者の方は 必ず健保組合へお届けください

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きますこととなります。**

適正な給付を行うためにも、裏面【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せうご協力をお願いします。

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/>)より印刷してご利用ください。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」等のコピーを添付していただいても構いません。

「公費負担医療制度届（新規・変更該当・期間更新・有効期限前終了）」提出先

→所属の人事担当者経由または健康保険組合へ直接ご提出ください。
〒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)

公費負担医療制度 届

- 新規・変更該当 新たに制度に該当した方
制度の名称・内容が変更になる方
- 期間更新 有効期限を更新される方
- 有効期限前終了 提出済みの制度の有効期限前に

令和 年 月 日提出

記号	番号	被保険者 氏名	事業所名・所属

※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。

※制度に該当される方の医療証や受給券、通知等をご覧の上ご記入ください。

※以下の内容が網羅されていれば医療証・受給券・通知等のコピー添付に代えて頂いても構いません。

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	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、障害者自立支援法等						
有効期間 <small>該当欄に 期間をご記入 下さい</small>	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割または2割負担をし、後日助成を受ける制度。 窓口で定額を払う制度。 <input type="checkbox"/> ②定額払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					

03.05 三菱ケミカル健康保険組合

※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。

※新規・変更/期間更新/有効期限前終了、のつど健保組合へご提出ください。用紙は健保組合ホームページより印刷できます。

こんなときには、必ず公費届をご提出ください

<届出対象者>

- 新たに公費負担医療助成を受けている、または受けられるようになったとき (新規)
- 制度の変更などにより公費助成の内容に変更があったとき (変更)
- 公費負担医療の給付期間を更新したとき (期間更新)
- 公費助成の対象から外れたとき (有効期限前終了)
- 引っ越しをして助成内容が変わったとき (有効期限前終了・新規)