

## ◎公費負担で受診している人へ

\*\*\*\*\*

病気の種類や患者の条件等(特定疾患など)によって、国や市区町村が医療費の自己負担分(一部負担金)に対して助成をすることがあります。これを『公費負担による医療費助成制度(以下「公費負担」という。』といい、公費負担を受けている人は大気社グループ健康保険組合(以下「健康保険組合」という。)への申請が必要になります。

\*\*\*\*\*

### ◆窓口で支払いがない人は健康保険組合へ「医療費助成制度 受給資格取得届」を提出願います。

公費負担には主に以下の種類があり、特に公費受給者証を提示することなどで窓口での支払いをする必要がない人は健康保険組合へ同封いたしました「医療費助成制度 受給資格取得届」及び医療証(両面写)を添付いただきご提出をお願いいたします。

届出が必要な理由は、ご本人からの届出がない限り、公費負担を受けていることがわからず健康保険組合から給付金をお支払いしてしまい、結果としてご本人が同じ目的の給付金等を「国や市区町村」と「健康保険組合」のそれぞれから二重に受け取ってしまうことがあるからです。

このように給付金を二重に受け取ってしまうと、後日返金していただかなければなりませんので、該当する方はお手数ですが、「医療費助成制度 受給資格取得届」及び医療証(両面写)を添付いただきご提出をお願いいたします。尚、給付金が発生した場合、「医療費助成制度 受給資格取得届」及び医療証(両面写)を確認後の支給となりますことを予めご了承くださいますようお願いいたします。

- 小児慢性・特定疾患治療研究事業医療費助成制度
- 乳幼児・子ども医療費助成制度
- 障害者・重度心身障害者医療費助成制度
- ひとり親等医療費助成制度
- その他

### ◆公費負担が終了の人は健康保険組合へ【医療費助成制度 変更・終了届】を提出願います。

医療機関の窓口で支払いをするようになって、健康保険組合へ届出がない限り、給付金は受給できない状態になっています。

公費負担を受けなくなった方は、健康保険組合へ必ず【医療費助成制度 変更・終了届】を提出して、給付金の受け取りを再開(復活)してください。

#### 書類送付先・お問い合わせ先

大気社グループ健康保険組合

〒160-0023東京都新宿区西新宿8-19-1 小林ビル

TEL:03-5357-7331 FAX:03-5357-7332 E-mail:info@tksgroup-kenpo.com

常務理事	事務長	担当

**被保険者  
家族 医療費助成制度 受給資格取得届**

提出日	年 月 日							
被保険者証 記号番号	記号	被保険者 氏名	フリガナ	被保険者 生年月日	昭 和 ・ 平 成	年	月	日
	番号							
被保険者 住所	〒		所属及び 部署名	電話 ( )				
	電話 ( )							
受給対象者 氏名 (医療費 助成制度を 利用する人)	フリガナ		被保険者 との続柄	受給 対象者 生年月日	昭 和 ・ 平 成	年	月	日
	電話 ( )					受給資格 取得日	年 月 日 (新規・更新)	
公費負担による医療費助成制度には、国の各種法律に基づく制度と各地方公共団体の条例に基づくものがあります。								
医療費 助成制度 ※あてはまる ものに○	1 乳幼児・子ども医療費助成制度		5 その他					
	2 障害者・重度心身障害者医療費助成制度		( )					
	3 ひとり親等医療助成制度							
	4 小児慢性・特定疾患治療研究事業医療助成制度							
医療費 助成制度 内容 ※あてはまる ものに○	1 医療機関の窓口で支払がない							
	2 医療機関の窓口で支払がある →		a 受診1回につき	円負担・月		円		
			b 受診1回につき	割負担				
		c その他( )						
【医療証(両面の写)ここに添付 もしくは本紙にホチキスで添付】								

【送付先】

郵送の場合 : 〒160-0023 東京都新宿区西新宿8-19-1 小林ビル511号室  
大気社グループ健康保険組合

受付日付印