

# 医療費助成・公費負担とは

特定の病気に対して国家的な立場から予防・治療を行うことを目的としたり、福祉の向上を図ることを目的として、国あるいは都道府県、市(区)町村などが医療費の一部または全額負担(助成)する制度を「公費負担」といいます。

**公費による医療費負担(助成)を受けている方は、健康保険組合へ届出が必要です。**

公費負担に該当する方は、下記の記入例に従って右面の申請書に記入後、大王製紙健康保険組合までご提出下さい。また、当組合へ「医療費助成制度該当届出書」による届出をいただいた方について、公費による適用が終了した際は速やかに、当健保会館へご連絡ください。(0896-24-5055 総務課宛)

ご申請をいただいていない場合、本来支給すべき給付金の計算が正常に行われなかったこともありますので、くれぐれもご留意下さい。

## ●ひとり親家庭等医療費助成

ひとり親家庭の父または母および子ども、並びに父母のいない子どもに対し、医療費の助成を行うことによって、保健の向上および福祉の増進に寄与することを目的としています。

## ●重度心身障害者医療費助成

重度心身障害者の皆さんの健康と生活を守り、過しやすい生活環境を整えるため、医療費の一部助成を行っています。

etc. . .

## < 記入例 >

大王製紙健康保険組合 御中

記入日：××××年 ×月 ×日

# 医療費助成制度該当届出書 **新規・変更・取消**

事業所名	大王製紙健康保険組合		電話番号 (日中連絡先)	080-××××-××××
記号・番号	8	1234	被保険者氏名	健保 花子 <b>健保</b> 印

自署した場合には押印省略可↑

### 【助成対象者情報欄】

対象者氏名	健保 花子		生年月日	XXXX年 X月 X日
続柄	本人	年齢	30	発行機関名 (自治体名)
有効期間 (取消は終了日)	XXXX年 X月 X日		～	XXXX年 X月 X日
受給制度 (該当に○)	1. ひとり親家庭等医療費助成 2. 重度心身障害者医療費助成 3. 特定疾患医療費助成 4. 障害者医療助成 5. 小児慢性疾患医療費助成 6. 妊産婦医療費助成 7. 自立支援医療費助成 8. その他( ) ※乳幼児医療費助成・子ども医療費助成については届け出の必要はありません。			
添付書類	自治体が発行した「医療証」「受給者証」等の両面コピーを必ず添付してください。			
備考				

※この届出書は対象者1名につき、1枚提出してください。

※助成期間が満了になり更新された場合は、改めて届出書を提出してください。