

各所属所長 様

公立学校共済組合埼玉支部長
一般財団法人 埼玉県教職員互助会理事長

公費負担医療助成制度（重度心身障害者医療等）の該当者
等の届出について（依頼）

公立学校共済組合及び教職員互助会では、組合員（会員）及び被扶養者が医療機関で診療を受けた場合、一定の窓口負担額に対して附加給付金等を支給しています。

その際、国や地方公共団体が実施するいずれかの公費負担医療助成制度の適用を受け、助成金の支給を受けた場合は、その受けた限度において、共済組合及び互助会からの医療給付金を重複支給しないよう調整しています。

つきましては、この調整を適正に行うため、公費負担該当者等について、下記により届出を行うよう所属職員に周知をお願いします。

記

1 対象となる者

組合員（会員）本人又は被扶養者が次に該当する場合

- (1) 公費負担医療助成（重度心身障害者医療費支給事業等）を受けている方
支給調整のため届出が必要です。
公費負担医療助成の主なものは、別表 1 に記載してあるので参照してください。
 - (2) 乳幼児（義務教育就学児、こども）医療費助成が受けられない方
年齢により一律に共済組合・互助会からの医療給付金の支給停止処理をしているので、これらの医療給付金を支給するために必要です。
乳幼児医療費助成が受けられない場合は、別表 2 に記載してあるので参照してください。
- ※ 上記（1）及び（2）によりすでに届出をされている方は、今回の手続きは不要です。ただし、届出の助成内容に変更が生じた方、住所を変更された方については、改めて届出願います。

2 提出書類

- (1) 公費負担医療助成を受けている方
別紙 1 及び別表 1 の該当する書類を添付
- (2) 乳幼児（義務教育就学児、こども）医療費助成が受けられない方
別紙 2 及び別表 2 の該当する書類を添付

3 提出期限

令和 5 年 6 月 3 0 日（金）

ただし、提出期限以降に公費負担医療助成制度を受けることになった場合は、提出期限にかかわらず、随時届出をしてください。

4 その他

- (1) 公費負担医療助成と共済組合及び互助会の医療給付金を重複して受給していることが判明した場合、2 年間遡及して支給調整（返還請求）を行います。
- (2) 乳幼児（義務教育就学児、こども）医療費助成対象者の非該当届書の提出が遅れた場合、医療給付金の支給が遅れるとともに、場合によっては、一部支給できないことがあります。
- (3) 該当の組合員が、所属所を通さず直接提出してもかまいません。

提出先

〒330-0063

埼玉県さいたま市浦和区高砂 3 丁目 1 4 番 2 1 号 職員会館 5 階

埼玉県教育局教育総務部福利課短期給付担当

電話 048-830-6696

公費負担医療助成制度一覧表

別表 1 (医療助成が受けられる主なもの)

公費負担医療助成制度	該当者・病名等	提出書類
重度心身障害者医療費支給事業	・身体障害者手帳 1 ～ 3 級 ・療育手帳 ㉔、A、B ・精神障害者保健福祉手帳 1 級 } いずれかの 交付を受けた方	①公費負担医療助成該当届出書 (別紙 1) ②各該当医療費受給者証の写し
ひとり親家庭等医療費支給事業	ひとり親家庭等医療費受給者証の交付を受けた方	
精神障害者通院医療費助成事業	自立支援医療(精神通院)受給者証をお持ちの方で、 自己負担額(医療費総額の 1 割)に対し、さらに居 住市区町村から助成を受けている方 ※和光市・新座市(精神障がい者保健福祉手帳をお持ちの方 あるいは非課税の方)・志木市(非課税の方)在住の方は、 必ず提出してください。	
母子保健法による医療(養育医療)	養育のため医療機関に入院の必要がある未熟児	市区町村に払い込みをした領収書等の写し

- ※ 埼玉県外については、公費負担医療助成の受給者証の名称が異なる場合があります。また、上記の他にも医療助成の対象となりますので、市区町村から自己負担額に対して医療助成を受けている場合は届出をお願いします。
- ※ 公費負担医療助成制度の適用の手続きは、本人(保護者を含む)が、居住地を管轄する市区町村、保健所等に申請することになります。

別表 2 (医療助成が受けられないもの)

公費負担医療助成制度	該当者・病名等	提出書類
乳幼児（義務教育就学児、こども） 医療費助成制度	所得制限によって乳幼児（義務教育就学児、こども）医療費助成制度が受けられない方 ※乳幼児（義務教育就学児、こども）医療費助成制度に該当する年齢の被扶養者は、通常市区町村からの助成があるものとし、医療給付金の支給を行っておりません。	①乳幼児（義務教育就学児）医療費助成対象者非該当書（別紙 2） ②医療費助成が受けられないことが確認できる書類の写し

※乳幼児（義務教育就学児、こども）医療費受給者証の交付を受けている方が、埼玉県及び東京都以外の道府県に転居する際には御連絡ください。

公費負担医療助成 該当 取消 変更 届出書		所属所名						
		所属所コード						
組合員氏名(漢字)		該当者氏名	組合員と の続柄	性別	生年月日			
組合員証番号					年号	年	月	日
			男・女	昭和 平成 令和				
該 当 の と き	公費負担医療 有効期間		平成 令和 年 月 日から平成 令和 年 月 日まで					
	公費負担医療の種類							
	申請をした担当部署							
	医療助成を行う公共団体名 (国、県、市区町村等)							
	助成内容(給付内容) 右の1～2のいずれかを○で囲んでください その他の場合は詳しく記入してください		1 保険診療における自己負担の <u>全額又は一部助成</u> 2 その他 ()					
取 消 し の と き	公費負担医療の種類							
	取 消 年 月 日		平成 令和 年 月 日					
	取 消 理 由							
変 更 の と き	公費負担医療の種類							
	変 更 年 月 日		平成 令和 年 月 日					
	変 更 理 由							
上記のとおり届け出ます。 公立学校共済組合埼玉支部長 (一財)埼玉県教職員互助会理事長 } 様 令和 年 月 日 〒 届出者 住 所 (組合員) 氏 名 電話番号 ()								

留 意 事 項

公費負担医療助成に該当すると、保険診療で自己負担したうちの一部又は全部が市区町村等から助成されます。

これに伴い、共済組合又は互助会から支給される医療給付金の給付調整を行うことになります。

公費負担医療助成に該当していて、届出書を提出されませんと共済組合、互助会から給付した医療給付金を遡及して返還していただくことがありますので、御注意ください。

は じ め て 提 出 す る 方 へ

- 1 届出書用紙の「該当」を○で囲み、該当届出書を提出してください。
- 2 市区町村等で交付を受けた医療受給者証の写しを添付してください。
- 3 所属所を通さず、直接福利課に提出してもかまいません。

提出後、公費負担医療が取消しになった方へ

- 1 届出書用紙の「取消」を○で囲み、取消届出書を提出してください。
- 2 取消届出書は、次のいずれかに該当するとき、提出してください。
 - (1) 治ゆにより、取消しに至ったとき
 - (2) 更新手続きが遅延し、公費負担適用がされないとき
 - (3) 収入要件等の条件により、公費負担適用がされないとき
- 3 市区町村等からの取消通知の写しを添付してください。
- 4 取消届出書を提出していただきませんと、共済組合、互助会からの医療給付が再開しませんので、御注意ください。
- 5 被扶養者の方で他の健康保険の加入等により、資格喪失したときは提出してください。
ただし、組合員の退職・転出に伴う被扶養者の資格喪失は、提出する必要はありません。

提 出 後、変 更 が 生 じ た と き

- 1 届出書用紙の「変更」を○で囲み、変更届出書を提出してください。
- 2 変更届出書は、次のいずれかに該当するとき、提出してください。
 - (1) 住所変更
 - (2) 引き続き公費負担医療に該当するが、該当内容に変更があったとき
例 障害等級が 1級→3級に変更になった

個 人 情 報 保 護 法 に 基 づ く 公 表 事 項

- 1 利用目的
公費負担医療助成届出書に記載された個人情報については、共済組合及び互助会からあなたに給付する医療費の算出に利用するとともに、市区町村があなたに公費負担医療費助成を実施するに当たり、照会があった場合に提供します。
- 2 提供する個人データの項目
公費負担医療助成届出書に掲載されたすべての事項が対象になります。また、この届出に関連する医療費等（受診者氏名、支給年月日、診療年月、医療費総額、一部負担金額、高額療養費、一部負担金払戻金、家族療養費附加金）も対象になります。
- 3 提供方法
居住地の市区町村の帳票によって提供します。
- 4 同意されない場合
同意されない場合は、本人の求めに応じて個人情報の提供を停止することができますので、短期給付担当（048-830-6696）にお申し出ください。

なお、個人情報保護に関する方針は、公立学校共済組合埼玉支部のホームページ及び「福利のしおり」を参照してください。

乳幼児(義務教育就学児、こども)医療費助成対象者 非該当届 変更届										所属所名					
										所属所コード					
										組合員氏名					
										組合員証番号					
* 上記のうち、いずれか該当する事由を○で選んでください。															
対象者の氏名(カタカナ記入)・性別・続柄・年齢・生年月日を記入してください。															
対象者	姓		名		性別	続柄		年齢		満		歳			
					生年月日	平成 令和		年		月		日			
1 非該当届	助成適用の市区町村名 (埼玉県外の場合は都道府県 名から記入)			非該当開始年月日				非該当終了年月日							
				年		月		日		年		月		日	
				平成 令和					平成 令和						
2 変更届	次の(1)、(2)及びA、Bのいずれか該当するものを○で囲んでください。														
	(1)医療費助成非該当から助成対象に変更														
	(2)非該当期間の変更 (A 非該当期間の延長) (B 非該当期間の短縮・取消し)														
	当初からの非該当開始年月日								変更後の非該当終了年月日						
	年		月		日				年		月		日		
平成 令和						～									
上記のとおり報告します。 公立学校共済組合埼玉支部長 } 様 一般財団法人埼玉県教職員互助会理事長 } 令和 年 月 日															
組合員	住所		〒 -												
	氏名														
	電話番号		自宅 勤務先												

- 「非該当届」とは、市区町村から乳幼児(義務教育就学児、こども)医療費助成(以下、「市区町村からの医療費助成」という。)を受けられない場合、共済組合又は互助会の医療給付金を受給するために必要となる届書です。
- 「変更届」とは、上記1の非該当届書を提出後、市区町村からの医療費助成を受けられることになった場合や非該当期間が変更になった場合、調整の上、該当者への適正な医療給付処理を行うための届書です。
- 対象者欄までは、届書を提出する全員の方が記入してください。「非該当届」と「変更届」欄は、いずれか該当する欄に記入してください。
- 各届書を提出する際、次の書類を添付してください。
 - 非該当届書を提出する場合 市区町村からの医療費助成が受けられないことを確認できる書類の写し
 - 非該当から該当になり、変更届書を提出する場合 乳幼児(義務教育就学児、こども)医療費受給資格証の写し
 - 非該当期間の変更により、変更届書を提出する場合 市区町村からの医療費助成が受けられないことを確認できる書類
- 提出上の留意事項
裏面をお読みください。

提出上の留意事項

1 はじめて乳幼児（義務教育就学児、こども）医療費助成対象者非該当届を提出する場合

- (1) 被扶養者が乳幼児（義務教育就学児、こども）医療助成対象年齢に該当している場合で、基準総所得の制限により、市区町村から医療費の自己負担額への助成が行われないときは、非該当届を速やかに提出してください。

提出後、定められた計算方法により、非該当期間中の共済組合又は互助会の医療給付金を支給します。

- (2) 組合員との続柄欄については、長男、長女、次女、次男…と記入願います。
- (3) 非該当となる期間については、その期間を確認できる市区町村からの乳幼児（義務教育就学児、こども）医療費助成が受けられないことを確認できる書類の写しを必ず添付してください。紛失した場合は、該当市区町村に相談の上、再交付を受けて提出してください。

2 非該当届を提出後、変更が生じた場合

- (1) 非該当届を提出後、その年の総所得額により、市区町村の医療費助成対象に変更になった場合は、非該当変更届を提出してください。その際、必ず乳幼児（義務教育就学児、こども）医療費受給資格証の写しを添付してください。
- (2) 医療助成年齢は、市区町村ごとに定められ、その年齢は様々です。

そのため、他の市区町村へ転入後においても、引き続き医療費助成対象者の非該当となり、かつ医療費助成の非該当期間が変更になる場合は、転入後の変更届を速やかに提出してください。その際、転入後の該当市区町村からの医療費助成が受けられないことを確認できる書類の写しを必ず添付してください。

なお、被扶養者の資格を喪失した場合や乳幼児（義務教育就学児、こども）医療助成終了年齢に達したときは、変更届の提出は不要です。

3 その他

- (1) 夫婦ともに、公立学校共済組合員で、対象者の扶養替えの場合は、新たに被扶養者認定をした組合員からの非該当届が必要です。なお、被扶養者取消手続きをした組合員からの変更届は不要です。
- (2) 届の提出が遅れますと、支給処理が遅くなったり、また支給済みの共済組合、互助会家族療養費を返納していただくことがあります。
- (3) 組合員と医療助成対象者の住所が異なる場合、適用の市区町村名は、対象者の住所を記入願います。

個人情報保護法に基づく公表事項

1 利用目的

「乳幼児（義務教育就学児、こども）医療費助成対象非該当届・変更届」に記載された個人情報については、共済組合及び互助会からあなたに給付する医療費の算出に利用するとともに、市区町村があなたに公費負担医療費助成を実施するに当たり、照会があった場合に提供します。

2 提供する個人データの項目

「乳幼児（義務教育就学児、こども）医療費助成対象非該当届・変更届」に掲載されたすべての事項が対象になります。また、この届出に関連する医療費等（受診者氏名、支給年月日、診療年月、医療費総額、一部負担金額、高額療養費、一部負担金払戻金、家族療養費附加金）も対象になります。

3 提供方法

居住地の市区町村の帳票によって提供します。

4 同意されない場合

同意されない場合は、本人の求めに応じて個人情報の提供を停止することができますので、短期給付担当（048-830-6696）にお申し出ください。

なお、個人情報保護に関する方針は、公立学校共済組合埼玉支部のホームページ及び「福利のしおり」を参照してください。

記入例 該当のとき

別紙1

公費負担医療助成		所属所名		福利小	
該当 取消 変更 届出書		所属所コード		46A88	
組合員氏名(漢字)	組合員証番号	該当者氏名	組合員と性別の続柄	生年月日	
福利太郎	555555	福利花子	男女	年 月 日	
5	5	5	5	5	5
5	5	5	5	5	5
5	5	5	5	5	5
5	5	5	5	5	5
公費負担医療 有効期間 平成 令和 4年4月1日から令和 4年9月30日まで					
該当のとき					
公費負担医療の種類 重度心身障害者医療					
申請をした担当部署 ○○○市					
医療助成を行う公共団体名 (国、県、市区町村等) ○○○市					
助成内容(給付内容) ①保険診療における自己負担の全額又は一部助成 2 その他 ()					
右の1～2のいずれかを○で囲んでください その他の場合は詳しく記入してください					
取消のとき					
公費負担医療の種類					
取消年月日 平成 令和 年 月 日					
取消理由					
公費負担医療の種類					
変更年月日 平成 令和 年 月 日					
変更理由					
上記のとおり届け出ます。 公立学校共済組合埼玉支部長 (一財)埼玉県教職員互助会理事 様 令和 5 年 6 月 2 日 〒330-xxxxx 届出者 住 所 さいたま市浦和区高砂△△ (組合員) 氏 名 福利太郎 電話番号 (048)△△△-○○○○					

記入例 変更のとき

別紙1

公費負担医療助成		所属所名		福利中	
該当 取消 変更 届出書		所属所コード		51A66	
組合員氏名(漢字)	組合員証番号	該当者氏名	組合員と性別の続柄	生年月日	
埼玉五郎	777777	埼玉五郎	男女	年 月 日	
7	7	7	7	7	7
7	7	7	7	7	7
7	7	7	7	7	7
7	7	7	7	7	7
公費負担医療 有効期間 平成 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで					
該当のとき					
公費負担医療の種類					
申請をした担当部署					
医療助成を行う公共団体名 (国、県、市区町村等)					
助成内容(給付内容) 1 保険診療における自己負担の全額又は一部助成 2 その他 ()					
右の1～2のいずれかを○で囲んでください その他の場合は詳しく記入してください					
取消のとき					
公費負担医療の種類					
取消年月日 平成 令和 年 月 日					
取消理由					
公費負担医療の種類					
変更年月日 令和 5 年 5 月 1 日					
変更理由 転居のため(○○市→△△市)					
上記のとおり届け出ます。 公立学校共済組合埼玉支部長 (一財)埼玉県教職員互助会理事 様 令和 5 年 6 月 6 日 〒362-xxxxx 届出者 住 所 上尾市井戸木○×△ (組合員) 氏 名 埼玉五郎 電話番号 (048)△△△-□□□□					

記入例 非該当のとき

別紙2

乳幼児(義務教育就学児、子ども) 医療費助成対象者										所属所名	さいたま小
										所属所コード	40A90
										組合員氏名	福利 一郎
										組合員証番号	888889
非該当届・変更届											
*上記のうち、いずれか該当する事由を○で選んでください。											
対象者の氏名(カタカナ記入)・性別・続柄・年齢・生年月日を記入してください。											
対象者	姓	名	性別	女	続柄	長女	年齢	満 3 歳			
	フリ	ケイコ	生年月日	平成 0 1 年 1 月 1 日	平成 令和	0 1	0 5	0 7	3 1		
1 非該当届	助成適用の市区町村名 (埼玉県外の場合は都道府県名から記入)		非該当開始年月日		非該当終了年月日						
	東京都△△市		平成 0 4 年 0 8 月 0 1 日		平成 令和 0 5 年 0 7 月 3 1 日						
次の(1)、(2)及びA、Bのいずれか該当するものを○で囲んでください。											
(1)医療費助成非該当から助成対象に変更											
(2)非該当期間の変更 (A 非該当期間の延長) (B 非該当期間の短縮・取消し)											
当初からの非該当開始年月日 変更後の非該当終了年月日											
平成 令和 年 月 日 年 月 日											
平成 令和 0 4 年 0 8 月 0 1 日 平成 令和 0 5 年 0 7 月 3 1 日											
上記のとおり報告します。 公立学校共済組合埼玉支部長 様 一般財団法人埼玉県教職員互助会理事長 様											
令和 5 年 6 月 10 日											
住所 〒190-0000 東京都△△市富士見〇-△-□											
氏名 福利 一郎											
電話番号 03-〇〇××-△△△△ (自署 勤務先)											

- 「非該当届」とは、市区町村から乳幼児(義務教育就学児、子ども)医療費助成(以下、「市区町村からの医療費助成」という。)を受けられない場合、共済組合又は互助会の医療給付金を受けるために必要となる届書です。
- 「変更届」とは、上記1の非該当届書を提出後、市区町村からの医療費助成を受けられることになった場合や非該当期間が変更になった場合、調整の上、該当者への適正な医療給付処理を行うための届書です。
- 対象者欄までは、届書を提出する全員の方が記入してください。「非該当届」と「変更届」欄は、いずれか該当する欄に記入してください。
- 各届書を提出する際、次の書類を添付してください。
(1)非該当届書を提出する場合 市区町村からの医療費助成が受けられないことを確認できる書類の写し
(2)非該当から該当になり、変更届書を提出する場合 乳幼児(義務教育就学児、子ども)医療費支給資格証の写し
(3)非該当期間の変更により、変更届書を提出する場合 市区町村からの医療費助成が受けられないことを確認できる書類
- 提出上の留意事項
裏面をお読みください。

記入例 変更のとき

別紙2

乳幼児(義務教育就学児、子ども) 医療費助成対象者										所属所名	さいたま小
										所属所コード	40A90
										組合員氏名	福利 花子
										組合員証番号	333333
非該当届・変更届											
*上記のうち、いずれか該当する事由を○で選んでください。											
対象者の氏名(カタカナ記入)・性別・続柄・年齢・生年月日を記入してください。											
対象者	姓	名	性別	男	続柄	長男	年齢	満 5 歳			
	フリ	マサル	生年月日	平成 3 0 年 0 5 月 2 日	平成 令和	3 0	0 5	2 3	3 日		
1 非該当届	助成適用の市区町村名 (埼玉県外の場合は都道府県名から記入)		非該当開始年月日		非該当終了年月日						
	埼玉県外の場合は都道府県名から記入		平成 令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日						
次の(1)、(2)及びA、Bのいずれか該当するものを○で囲んでください。											
(1)医療費助成非該当から助成対象に変更											
(2)非該当期間の変更 (A 非該当期間の延長) (B 非該当期間の短縮・取消し)											
当初からの非該当開始年月日 変更後の非該当終了年月日											
平成 令和 年 月 日 年 月 日											
平成 令和 0 5 年 0 8 月 0 1 日 平成 令和 0 5 年 1 2 月 3 1 日											
上記のとおり報告します。 公立学校共済組合埼玉支部長 様 一般財団法人埼玉県教職員互助会理事長 様											
令和 5 年 6 月 17 日											
住所 〒330-0000 さいたま市浦和区高砂△△××											
氏名 福利 花子											
電話番号 048-〇〇〇-9999 (自署 勤務先)											

- 「非該当届」とは、市区町村から乳幼児(義務教育就学児、子ども)医療費助成(以下、「市区町村からの医療費助成」という。)を受けられない場合、共済組合又は互助会の医療給付金を受けるために必要となる届書です。
- 「変更届」とは、上記1の非該当届書を提出後、市区町村からの医療費助成を受けられることになった場合や非該当期間が変更になった場合、調整の上、該当者への適正な医療給付処理を行うための届書です。
- 対象者欄までは、届書を提出する全員の方が記入してください。「非該当届」と「変更届」欄は、いずれか該当する欄に記入してください。
- 各届書を提出する際、次の書類を添付してください。
(1)非該当届書を提出する場合 市区町村からの医療費助成が受けられないことを確認できる書類の写し
(2)非該当から該当になり、変更届書を提出する場合 乳幼児(義務教育就学児、子ども)医療費支給資格証の写し
(3)非該当期間の変更により、変更届書を提出する場合 市区町村からの医療費助成が受けられないことを確認できる書類
- 提出上の留意事項
裏面をお読みください。