

岡 公 共 第 1 7 7 号
岡 教 互 第 9 3 号
令 和 元 年 6 月 1 1 日

所 属 所 長 殿

公立学校共済組合岡山支部長
(公 印 省 略)
一般財団法人岡山県教育職員互助組合理事長
(公 印 省 略)

単県医療費公費負担制度等該当（非該当）状況の調査について（依頼）

医療費を国・地方公共団体が賄う公費負担制度のうち、地方公共団体が行うもの（小児医療費公費負担制度を除く。）について、組合員（会員）及びその被扶養者が該当者となる場合は、次により報告願います。

なお、市町村単独実施医療費助成事業該当者も調査対象としておりますので御留意願います。

記

- 1 調査目的 公費負担制度により事業の実施主体である市町村から医療費の補てんがあるにもかかわらず、補てんがないものとして給付を行うと過剰給付が生じます。この場合、給付した共済組合の一部負担金払戻金等や互助組合の療養補助金を返納していただくこととなります。こうした事態を避け、適切な医療費の給付を行うため、該当者の状況把握を行うものです。
- 2 調査対象者 令和元年7月1日現在、次の制度（事業）の適用を受けている組合員（会員）及びその被扶養者（他府県在住者を含みます）
 - ① 市町村単独実施老人医療費助成事業
 - ② 心身障害者医療費公費負担制度
及び市町村単独実施心身障害者医療費助成事業
 - ③ ひとり親家庭等医療費公費負担制度
- 3 提出書類 単県医療費公費負担制度等該当（非該当）者報告書及び指定の添付書類
※該当のない場合も報告書に「該当なし」と記入して報告願います。
- 4 提出期限 令和元年7月19日（金）
- 5 提出先等 〒700-8570
岡山県教育庁福利課給付班
☎086-226-7606
- 6 その他
 - ・ この調査後、新たに調査対象の制度の適用を受ける時及び適用から外れる時は、同報告書及び指定の添付書類の提出が必要です。
 - ・ 所属所での調査においては、調査を周知の上、組合員（会員）本人から、事務担当者に直接申し出させる等、事柄の性格上、特にプライバシーに配慮した方法により願います。
 - ・ 返納につながる事態を避けるという調査の趣旨を徹底願います。

単県医療費公費負担制度の概要（小児医療費公費負担制度を除く）

	岡山県心身障害者医療費公費負担制度	岡山県ひとり親家庭等医療費公費負担制度																					
制度の目的	重度心身障害者（児）に対し、必要とする医療が容易に受けられるようにするため、その医療費の一部を補助することによって、心身障害者の健康保持と福祉の増進を図る。	ひとり親家庭等の医療費負担の軽減を図るため、その医療費の一部を補助することによって、ひとり親家庭等の福祉の増進を図る。																					
給付対象者	① 重度身体障害者 身体障害者手帳1級又は2級所持者 ② 重度知的障害者 日常生活に常時介護を必要とする程度の重度の知的障害者と判定された者 ③ 知的障害・身体障害合併障害者 身体障害者手帳3級を所持し、かつ、日常生活に介護を必要とする程度の中度の知的障害者と判定された合併障害者 上記①②③に該当する場合でも65歳以上で新たに該当することとなったときは給付の対象としない。	① ひとり親家庭の親及び児童 ② 父母のない児童 ③ 父母のない児童を養育している配偶者のない者																					
所得制限	老齢福祉年金の所得制限を適用	所得税非課税を適用																					
公費負担の範囲	医療保険各法における医療費の自己負担額から一部負担金を控除した額。附加給付金又は他の法令等の規定による公費負担金がある場合はこれを控除した額 （入院時食事療養費・入院時生活療養費の標準負担額を除く） <一部負担金> 医療保険各法における総医療費の1割。ただし、下表の自己負担限度額の範囲内																						
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2">所得区分</th> <th colspan="2">自己負担限度額</th> </tr> <tr> <th>外来の限度額</th> <th>入院(合算)の限度額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">一定以上所得者</td> <td style="text-align: center;">44,400円</td> <td style="text-align: center;">80,100円+1%※</td> </tr> <tr> <td colspan="2">一般</td> <td style="text-align: center;">12,000円</td> <td style="text-align: center;">44,400円</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">低所得者</td> <td style="text-align: center;">Ⅱ</td> <td style="text-align: center;">2,000円</td> <td style="text-align: center;">12,000円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ⅰ</td> <td style="text-align: center;">1,000円</td> <td style="text-align: center;">6,000円</td> </tr> </tbody> </table>		所得区分		自己負担限度額		外来の限度額	入院(合算)の限度額	一定以上所得者		44,400円	80,100円+1%※	一般		12,000円	44,400円	低所得者	Ⅱ	2,000円	12,000円	Ⅰ	1,000円	6,000円
所得区分		自己負担限度額																					
		外来の限度額	入院(合算)の限度額																				
一定以上所得者		44,400円	80,100円+1%※																				
一般		12,000円	44,400円																				
低所得者	Ⅱ	2,000円	12,000円																				
	Ⅰ	1,000円	6,000円																				
	※医療費総額が801,000円を超えたときは次のとおりとなる $80,100円 + (医療費総額 - 801,000円) \times 1\%$																						
給付方法	現物給付・償還給付																						
実施主体	市町村																						

令和元年度市町村単独実施老人医療費助成事業 → 医療保険の自己負担額を補てん

市町村名	対象範囲等
和気町	60歳～69歳身障手帳3～4級所持者（所得制限あり）

令和元年度市町村単独実施心身障害者医療費助成事業 → 医療保険の自己負担額を補てん

市町村名	対象範囲等
岡山市	身障手帳3級所持者（所得制限あり）
瀬戸内市	身障手帳3級所持者、療育手帳B所持者（所得制限あり）
赤磐市	身障手帳3級所持者、療育手帳B所持者（所得制限あり）
和気町	療育手帳B所持者（所得制限あり）
奈義町	身障手帳3級所持者（所得制限あり）

※表中の「所得制限」の基準は、単県制度の基準を準用します。

※表中の「社保」は国民健康保険を除く医療保険（公立学校共済組合を含む）を示します。

※事業内容等に変更がある場合も考えられますのでご注意ください。

受診の際は必ず保険証に添えて提出して下さい。
この資格証が使えるのは、岡山県内の医療機関だけです。

岡 山 県								
心身障害者医療費受給資格証								
公費負担者番号	8	0	3	3				
受給資格者番号								
受給資格者	住 所							
	氏 名					男・女		
	生年月日	昭和	年	月	日生			
一部負担金の割合	1 割							
一部負担金の月額上限額	外来	〇,〇〇〇円						
	入院	〇,〇〇〇円						
有効期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで
上記の者の受診にかかる医療保険の自己負担分又は老人保健の一部負担金から、上記の一部負担金を控除した額を、公費で負担します。								
平成 年 月 日 (市町村長名印) 岡山県								
保険医療機関・保険薬局の方へ この資格証により診療を求められたときは、上記の一部負担金を受領し、この一部負担金を控除した額を公費併用扱いとして、レセプトにより、審査支払機関へ請求してください。								

受診の際は必ず保険証に添えて提出して下さい。
この資格証が使えるのは、岡山県内の医療機関だけです。

岡 山 県								
ひとり親家庭等医療費受給資格証								
公費負担者番号	8	6	3	3				
受給資格者番号								
受給資格者	住 所							
	氏 名					男・女		
	生年月日	昭和	年	月	日生			
一部負担金の割合	1 割							
一部負担金の月額上限額	外来	〇,〇〇〇円						
	入院	〇,〇〇〇円						
有効期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで
上記の者の受診にかかる医療保険の自己負担分又は老人保健の一部負担金から、上記の一部負担金を控除した額を、公費で負担します。								
平成 年 月 日 (市町村長名印) 岡山県								
保険医療機関・保険薬局の方へ この資格証により診療を求められたときは、上記の一部負担金を受領し、この一部負担金を控除した額を公費併用扱いとして、レセプトにより、審査支払機関へ請求してください。								

※ 市町村単独実施老人・心身障害者医療助成事業用の医療費受給資格証は、上記単県制度の証と同じ様式の場合が多いですが、一部の市町村については、独自の様式の証を発行している場合があります。

単県医療費公費負担制度等該当（非該当）者報告書

組合員証番号	組合員氏名	受給者氏名等		給付種別コード (該当項目に○印)	医療受給者証に関する事項		
		生年月日・氏名	続柄		発行機関名	受給者番号	(非)該当年月日
		昭・平・令 年 月 日		1・2・3			該当・非該当 昭・平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		1・2・3			該当・非該当 昭・平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		1・2・3			該当・非該当 昭・平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		1・2・3			該当・非該当 昭・平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日		1・2・3			該当・非該当 昭・平・令 年 月 日

上記のとおり報告します。

電話番号 () -

令和 年 月 日

所属コード

公立学校共済組合岡山支部長

所属所名

(一財)岡山県教育職員互助組合理事長

殿

所属所長職氏名

印

※添付書類 該当の場合 受給資格証の写し
 該当から非該当の場合 公費負担が受けられなくなった年月日の確認できる書類の写し

- ※給付種別コード
- 1 市町村単独実施老人医療費助成事業
 - 2 心身障害者医療費公費負担制度及び市町村単独実施心身障害者医療費助成事業
 - 3 ひとり親家庭等医療費公費負担制度

単県医療費公費負担制度等該当（非該当）者報告書

組合員証番号	組合員氏名	受給者氏名等		給付種別コード (該当項目に○印)	医療受給者証に関する事項			
		生年月日・氏名	続柄		発行機関名	受給者番号	(非)該当年月日	
A 1 2 3 4 5	□□ □□	昭・平・令△年△月△日 □□ □□	○○	1・ 2 ・3	○○市	×××××	該当・非該当 昭・平・令 ○年7月1日	
		昭・平・令 年 月 日		1・2・3			該当・非該当 昭・平 年 月 日	
		各項目を記入のうえ、添付書類と一緒に提出願います。						該当・非該当 昭・平 年 月 日
		※ 該当者なしの場合も「該当者なし」と記入のうえ、提出願います。						該当・非該当 昭・平 年 月 日
				1・2・3			該当・非該当 昭・平 年 月 日	

上記のとおり報告します。

電話番号 (000) 000-0000

令和〇〇年 7 月〇〇日

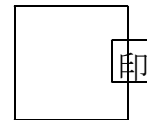
所属コード 0A000

公立学校共済組合岡山支部長
殿

所属所名 〇〇市立〇〇小学校

(一財)岡山県教育職員互助組合理事長

所属所長職氏名 校長 〇〇 〇〇



※添付書類 該当の場合 受給資格証の写し
 該当から非該当の場合 公費負担が受けられなくなった年月日の確認できる書類の写し

- ※給付種別コード
- 1 市町村単独実施老人医療費助成事業
 - 2 心身障害者医療費公費負担制度及び市町村単独実施心身障害者医療費助成事業
 - 3 ひとり親家庭等医療費公費負担制度