

岡 公 共 第 2 9 2 号
岡 教 互 第 9 1 号
令 和 8 年 7 月 9 日

所 属 所 長 殿

公 立 学 校 共 済 組 合 岡 山 支 部 長

一般財団法人岡山県教育職員互助組合理事長

単県医療費公費負担制度等該当（非該当）者報告書の提出について（依頼）

このことについて、地方公共団体が実施している医療費の公費負担制度の適用状況確認のため、次とおり報告書の提出をお願いします。

記

- 1 目 的 公費負担制度により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、給付金の一部を返納していただくことになります。こうした事態を避けるため、該当者の調査を実施します。
- 2 対 象 令和 8 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）とその被扶養者（岡山県外在住者を含む）
 - ① 障害者医療費公費負担制度
 - ② ひとり親家庭等医療費公費負担制度
 - ③ 市町村単独実施老人医療費助成事業

※制度については別紙概要のとおりです。
（調査対象となる制度の医療費受給資格証は別紙見本のとおりです。）
※小児医療費公費負担制度は調査対象外です。
- 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
添付書類

※添付書類は全て報告書にホチキス留めしてご提出ください。
※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 8 年 8 月 28 日（金）
- 5 提 出 先 等 〒700-8570
岡山県教育庁福利課給付班
TEL：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、または適用から外れる時は、同報告書及び添付書類の提出が必要です。
 - ・ 所属所では調査を周知の上、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お願いします。
 - ・ 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。
 - ・ 自立支援医療受給者証（精神通院）のみ所持する者は報告不要です。

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、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。																							
所得制限	あり	あり																							
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><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">自己負担限度額</td></tr><tr><td colspan="2">所得区分</td><td>外来の限度額</td><td>入院（合算）の限度額</td></tr><tr><td colspan="2">一定以上所得者</td><td>44,400 円</td><td>80,100 円+1%※</td></tr><tr><td colspan="2">一般</td><td>12,000 円</td><td>44,400 円</td></tr><tr><td rowspan="2">低所得者</td><td>Ⅱ</td><td>2,000 円</td><td>12,000 円</td></tr><tr><td>Ⅰ</td><td>1,000 円</td><td>6,000 円</td></tr></table> ※医療費総額が 801,000 円を超えたときは次のとおりとなる $80,100 \text{ 円} + (\text{医療費総額} - 801,000 \text{ 円}) \times 1\%$				自己負担限度額		所得区分		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
		自己負担限度額																							
所得区分		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																						
給付方法	現物給付・償還給付																								
受給者証の発行有無	あり																								
実施主体	市 町 村																								

市町村単独実施公費負担制度の概要（和気町のみ該当）

	老人医療費助成事業
制度内容	和気町内に住所を有する 60 歳以上 70 歳未満の者で、身体障害者手帳 3、4 級の者を対象に自己負担医療費（保険適用外経費を除く）の一部が給付される。
所得制限	あり
給付方法	償還給付
受給者証の 発行有無	なし
実施主体	和 気 町

※制度の詳細については、実施主体の市町村へお尋ねください。

<調査対象の医療費受給資格証の見本>

受診の際は医療機関窓口に提示して下さい。
この証が使えるのは、県内の医療機関・薬局・訪問看護ステーション
だけです。

岡山県									
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	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		年 月 日から 年 月 日まで							
上記の者の診療にかかる医療保険の自己負担分から、上記の一部負担金を控除した額を、公費で負担します。 年 月 日									
保険医療機関・保険薬局の方へ この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。									

受診の際は医療機関窓口に提示して下さい。
この証が使えるのは、県内の医療機関・薬局・訪問看護ステーション
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	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	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		年 月 日から 年 月 日まで							
上記の者の診療にかかる医療保険の自己負担分から、上記の一部負担金を控除した額を、公費で負担します。 年 月 日									
保険医療機関・保険薬局の方へ この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。									

※調査対象の医療費受給資格証（黄色）は上記見本のとおりですが、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。

令和 年 月 日

電話番号 () —
担当者氏名

公立学校共済組合岡山支部長 殿
(一財)岡山県教育職員互助組合理事長 殿

所属コード
所属所名
所属所長職氏名

※添付書類 該当の場合

該当から非該当の場合

受給資格証の写し(市町村単独実施老人医療費助成事業を除く)

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 心身障害者医療費公費負担制度
 - 2 ひとり親家庭等医療費公費負担制度
 - 3 市町村単独実施老人医療費助成事業

(記入例)

単県医療費公費負担制度等該当(非該当)者報告書

組合員番号	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
A12345	〇〇 〇〇	昭・ 平 ・令 〇年 〇月 〇日 〇〇 □□	長男	1 ・2・3	岡山市	678910	該当 ・非該当 昭・ 平 ・令 〇年 〇月 〇日
K12345	△△ △△	昭 ・平・令 △年 △月 △日 △△ △△	本人	1・ 2 ・3	倉敷市	987654	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 月 日
		・各項目を記入のうえ、添付書類をホチキス留めし、ご提出ください。 ・<u>前年度の調査で該当者として報告している受給者については、今年度も該当 または 非該当 いずれかの報告が必要です。報告漏れにご注意ください。</u> ※該当者なしの場合、組合員証番号欄内に「該当者なし」と記入し、ご提出ください。					非該当 平・令 月 日
							非該当 平・令 月 日
							非該当 平・令 月 日
上記の 令和							
公立学校共済組合岡山支部長 殿 (一財)岡山県教育職員互助組合理事長 殿		担当者氏名 所属コード 所属所名 所属所長職氏名					

※添付書類 該当の場合

受給資格証の写し(市町村単独実施老人医療費助成事業を除く)

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

- 心身障害者医療費公費負担制度
- ひとり親家庭等医療費公費負担制度
- 市町村単独実施老人医療費助成事業