

「公費医療受給に関する届」について

国または地方自治体等で保険診療の自己負担額について助成を受けられる資格を得た場合、又はその資格を喪失した場合には日本電気健康保険組合に「公費医療受給に関する届」の提出をお願い致します。

この届けが正しく行われていないと、

- 健康保険組合からの給付金と医療助成給付金とが重複して支給された場合には、後日健保給付金分を返納して頂く事になります。
 - 医療助成の内容の把握が出来ないので、健康保険組合からの給付が正しく行われな場合があります。(医療助成の内容に制限がある場合など)
 - 医療助成の資格を喪失した場合、健康保険組合では把握が出来ない為、健康保険組合からの給付がされない場合があります。
-
- ・ 身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳等の交付を受けられている方で、所得制限、等級が医療助成対象外の場合は公費非該当者名、医療助成非該当の理由欄に記載をし、手帳のコピーをつけて申請して下さい。
 - ・ 子供の医療費助成(乳幼児医療助成、子ども医療助成など)の対象年齢ではあるが所得オーバー等により助成対象外となる場合は公費非該当者名、医療助成非該当の理由欄に記載して申請して下さい。(自治体からの通知がある場合にはコピーを添付して下さい。)

いずれの場合も申請後、医療助成が受けられる様になった場合には必ず公費該当者として申請をして下さい。

【添付書類】

- ① 身体障害者手帳等 ② 医療受給券(医療助成対象期間、医療助成内容がわかるもの)
などお手元にあるもののコピーを添付して下さい。

【送付先】

社内メール	〒185-250	現物給付(公費)宛
郵送	〒150-0031	東京都渋谷区桜丘町2-9番1-1号 日本電気健康保険組合 現物給付(公費)宛

【お問い合わせ先】

日本電気健康保険組合 現物給付担当
TELNET 8-185-240
外線 03-3461-9370

公費医療受給に関する届

申請者（被保険者）

平成 年 月 日提出

被 保 険 者 証	記 号		被 保 険 者 名	フリガナ	住 所	
	番 号			社 名	会 社 名	メール No. () TELNET 又は外線 ()

公費受給に関する事項（添付の医療受給券等に記載がない場合のみ記入。）		
公費該当者名	給付開始日	給付対象
	平成 年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 対象傷病名 : () / 全ての傷病 ・ 対象診療区分 : 入院 ・ 外来 ・ 歯科 ・ 調剤薬局 ・ 全て対象 ・ 窓口支払い方法 : 負担なし / 3割又は2割（病院で支払った後、後日役所で払い戻しの手続をする） 高額療養費相当額を窓口で支払う その他 ()
	平成 年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 対象傷病名 : () / 全ての傷病 ・ 対象診療区分 : 入院 ・ 外来 ・ 歯科 ・ 調剤薬局 ・ 全て対象 ・ 窓口支払い方法 : 負担なし / 3割又は2割（病院で支払った後、後日役所で払い戻しの手続をする） 高額療養費相当額を窓口で支払う その他 ()
公費非該当者名	給付終了日	医療助成非該当の理由（自治体等からの却下通知の添付が無い場合のみ記入。）
	平成 年 月 日	
	平成 年 月 日	

健康保険記入欄						
	マネージャー	主任	担当	公費CD	入力年月日	受付年月日