

平成30年5月9日

各所属所長 殿

山梨県市町村職員共済組合  
理事長 田 辺 篤  
(公印省略)

公費負担医療費助成制度の実施状況及び公費負担医療受給者の報告並びに  
高額療養費に係る市町村民税非課税者の報告について (依頼)

本組合では、組合員及びその被扶養者が病気や負傷等により保険医療機関等を受診した際、窓口で支払った金額（自己負担額）が25,000円\*を超える場合はその超えた金額を家族療養費附加金又は一部負担金払戻金（以下「附加金等」という。）として給付しています。

しかし、受診者が市町村等で実施する医療費助成制度の適用を受ける者（以下「公費負担医療受給者」という。）である場合は、市町村等から助成が受けられるため、自己負担額がありません。このため本組合では、市町村等からの助成と附加金等との重複給付を避けるため、公費負担医療受給者に対し附加金等は給付しないこととしています。

また、自己負担額が著しく高額である場合、自己負担限度額を超えた額を高額療養費として給付いたしますが、組合員が市町村民税非課税者の場合は自己負担限度額が通常より低い金額である35,400円となります。

このことから、附加金等及び高額療養費の適正な支給を行うため公費負担医療受給者及び市町村民税非課税者を把握する必要がありますので、お手数ですが以下の1～3の状況について平成30年6月15日（金）までにご報告いただきますようお願いいたします。  
（該当者がいない場合も「該当者なし」としてご報告をお願いいたします。）

なお、当該調査において取得した個人情報、附加金等の適正な支給を行うためにのみ使用し、それ以外の目的には使用いたしません。本調査の該当者には、同封の「公費負担医療受給者等の報告に係る個人情報の利用目的について」によりご周知くださいますようお願いいたします。また、当該報告について組合員へ周知するようホームページ（<http://www.yamanashi-kyosai.jp/>）に掲載しておりますので申し添えます。

※ 標準報酬月額530,000円以上の組合員及びその被扶養者については50,000円。

1. 公費負担医療費助成制度の実施状況について（市町村のみ報告して下さい。）

別紙1「公費負担医療費助成制度の実施状況報告書」に、条例の写しを添付して報告してください。

2. 公費負担医療受給該当者について（全ての所属所で報告して下さい。）

ひとり親家庭医療費助成制度、重度心身障害者医療費助成制度、その他市町村の独自の医療費助成制度の該当者等について別紙2「公費負担医療受給該当者報告書」により報告してください。（乳幼児医療費助成制度の該当者は報告する必要はありません。）

3. 市町村民税非課税者について（全ての所属所で報告して下さい。）

別紙3「市町村民税非課税者報告書」により報告してください。

なお、市町村民税が非課税となる組合員は新採用職員や育児休業者など前年の所得がない者又は著しく低い者が考えられます。

4. 公費負担医療費助成制度の該当者・不該当者の追加報告について

本調査の報告後、公費負担医療費助成制度に該当又は不該当となった者がいる場合は、別紙4「公費負担医療助成費助成制度 該当・不該当 報告書」により報告してください。

（報告用紙については共済組合のホームページからダウンロードできます。）

◎ 後日、公費負担医療受給者であることが判明した場合、それまでに支給した附加金等を返還していただくこととなります。また、公費負担医療受給者でなくなったことの報告がない場合は附加金等が支給されないこととなりますのでご注意ください。

担 当：保健課 医療担当 渡辺

T E L：055-232-7311

この報告は、市町村のみが対象です。一部事務組合  
につきましては報告の必要はありません。

## 公費負担医療費助成制度の実施状況報告書

平成 年 月 日

山梨県市町村職員共済組合理事長 様

所属所長

印

次の1～5の医療費助成条例の実施、未実施のどちらかに○をし、**実施している場合は条例の写しを添付**してください。

また、「1. 乳幼児医療費助成条例」についてはその助成内容(①～⑥)に○をして下さい。

### 1. 乳幼児医療費助成条例

実施・未実施

○助成内容

- ① 未就学児まで対象(通院は5歳児未満)
- ② 未就学児まで対象
- ③ 小学生まで対象
- ④ 中学生まで対象
- ⑤ 高校生まで対象
- ⑥ その他( )

### 2. ひとり親家庭医療費助成条例

実施・未実施

### 3. 重度心身障害者医療費助成条例

実施・未実施

### 4. その他の医療費助成条例

実施・未実施

○\*助成条例名

※「障害者自立支援法」など市町村で独自に実施している医療費助成制度について記入して下さい。

## 公費負担医療受給該当者報告書

平成 年 月 日

山梨県市町村職員共済組合理事長 様

所属所長

印

## 1. ひとり親家庭医療費助成制度該当者について（該当する親及び子を記入）

組合員証番号	組合員氏名	該当者氏名	居住市町村名
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			

## 2. 重度心身障害者医療費助成制度該当者について

組合員証番号	組合員氏名	該当者氏名	居住市町村名
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			
—			

(裏面に続く)

3. その他、市町村の条例において特別に設けられた医療費助成制度該当者について（1～2以外の公費負担医療受給該当者についての記入）

組合員証番号	組合員氏名	該当者氏名	居住市町村名
—			
—			
—			
—			
—			

※ 注意事項

- (1) 該当者がいない場合も「該当者なし」として報告してください。
- (2) 市町村の組合員で所属所の市町村以外に居住している組合員及び一部事務組合の組合員については居住市町村名を記入してください。
- (3) 任意継続組合員についても記入してください。
- (4) 今年度から該当する者又は今年度から該当を外れる者については、別紙4「公費負担医療助成費助成制度 該当・不該当 報告書」を併せて提出してください。

## 市町村民税非課税者報告書

平成 年 月 日

山梨県市町村職員共済組合理事長 様

所属所長



組合員が地方税の規定による市町村民税が課せられない者（平成 30 年度）

組合員証番号	組合員氏名
—	
—	
—	
—	
—	
—	
—	
—	
—	
—	
—	
—	
—	
—	
—	
—	
—	
—	
—	
—	
—	

## ※ 注意事項

該当者がいない場合も「該当者なし」として報告してください。



平成30年5月9日

公費負担医療受給者等報告該当者様

山梨県市町村職員共済組合  
理事長 田辺 篤  
(公印省略)

### 公費負担医療受給者等の報告に係る個人情報の利用目的について

本組合では、組合員及びその被扶養者が病気や負傷等により保険医療機関等を受診した際、窓口で支払った金額（自己負担額）が25,000円\*を超える場合はその超えた金額を家族療養費附加金又は一部負担金払戻金（以下「附加金等」という。）として給付しています。

しかし、受診者が市町村等で実施する医療費助成制度の適用を受ける者（以下「公費負担医療受給者」という。）である場合は、市町村等から助成が受けられるため、自己負担額がありません。このため本組合では、市町村等からの助成と附加金等との重複給付を避けるため、公費負担医療受給者に対し附加金等は給付しないこととしています。

また、自己負担額が著しく高額である場合、自己負担限度額を超えた額を高額療養費として給付いたしますが、組合員が市町村民税非課税者の場合は自己負担限度額が通常より低い金額である35,400円となります。

このため附加金等及び高額療養費を適正に支給するためには、公費負担医療受給者及び市町村民税非課税者を把握する必要があり、該当者について各所属所を通して報告していただくこととなりますのでご理解とご協力をお願いいたします。

なお、当該報告で取得した個人情報については以下の利用目的以外には利用しないことを申し添えます。

※ 標準報酬月額530,000円以上の組合員及び被扶養者については50,000円。

#### ○利用目的

- ・ 共済組合からの附加金等と各医療費助成制度との重複給付を未然に防ぎ、附加金等の適正給付を行うため。
- ・ 市町村民税非課税者に係る高額療養費を適正に支給するため。