

「公費負担医療費助成該当調査」ご協力をお願い

【提出対象者】

アイシン健保加入者(被保険者・被扶養者)で公費医療助成を受給している方。

(但し、「子ども医療費助成」、「自立支援医療費助成」は除く)

拝啓

平素はアイシン健康保険組合の活動にご協力いただき、誠にありがとうございます。

さて、このたび当健保では「公費負担医療費助成該当調査」を実施致します。

『公費負担医療費助成』とは特定の対象者や病気に対して、国や市町村が医療機関での窓口負担を助成することですが、ご本人が助成を受けているにもかかわらず健保に届出をしていないと、市町村(助成)と健保(給付金)から二重の補助を受けていることとなります。その際、支給済の給付金を後から返金していただいておりますが、高額の場合は返金に苦慮されるケースがございます。

については、当組合では、円滑な運営管理をおこなうため、既に届け出をされている方も含め、全組合員様を対象に「公費負担医療助成該当調査」を実施いたしますので、お手数をお掛けしますが、ご協力の程宜しくお願い申し上げます。

敬具

(記)

1. 提出期限：平成25年10月31日
2. 提出方法：公費医療費助成受給の方は、公費医療費助成該当届に必要な事項を記入、受給者証または受給者票のコピーを添付の上、同封の返信用封筒にて、会社の社内定期便もしくは郵送して下さい。
※過去に提出されている方も、今回、再度ご提出ください。
又、平成25年7月31日～平成25年9月30日までが有効期限の受給者証をお持ちの方は、今回、更新案内を送付しませんので、①更新後の受給者証コピー、
②更新前の受給者証コピー(お手元にあれば)の2点をご提出ください。
3. 同封資料：①「公費負担医療費助成該当調査」ご協力をお願い(本状)
② 公費医療費助成該当届 ③返信用封筒

以上

お問合せ先 担当：犬塚
電話 (0566) 77-8021