

## 令和6年能登半島地震による被災者にかかる一部負担金等の免除期間の延長について

標記災害において被災された被保険者及びご家族の皆様にご心よりお見舞い申し上げます。一刻も早い復興を心よりお祈り申し上げます。

保険医療機関等で受診された場合に支払う一部負担金等の免除について、令和6年3月末までとしていた期間を令和6年9月末まで延長することとしました。ただし、一部負担金等の免除につきましては、被保険者様からの申請が必要になります。

つきましては、申請方法等について下記のとおりお知らせします。

### 記

#### 1 対象者

災害救助法の適用市区町村※に住所を有する被保険者及び被扶養者で次のいずれかに該当する場合。

- (1) 住家の全半壊、全半焼またはこれに準ずる被災をした方
- (2) 主たる生計維持者が死亡または重篤な傷病を負った方
- (3) 主たる生計維持者の行方が不明である方

※ 災害救助法適用市区町村については、下記アドレスにてご確認いただけます。

内閣府 防災情報のページ 災害救助法の適用状況

[https://www.bousai.go.jp/taisaku/kyuujio/kyuujio\\_tekiyou.html](https://www.bousai.go.jp/taisaku/kyuujio/kyuujio_tekiyou.html)

#### 2 一部負担金等の免除申請について

当健康保険組合へ別紙1「令和6年能登半島地震における健康保険一部負担金等免除申請書」（以下「免除申請書」という。）に罹災証明書等の写し等の資料を添付のうえ、申請してください。申請後当健康保険組合において確認し「健康保険一部負担金等免除証明書」（以下「免除証明書」という。）を送付します。

添付いただく資料については、免除申請書の裏面をご覧ください。

なお、資料の添付が困難な場合は、被保険者様の申し立てを事業主様等が証明いただくことにより資料の添付に代えることができます。

#### 3 免除期間

災害救助法適用年月日から令和6年9月末まで。

#### 4 一部負担金等の取扱い及び範囲

保険医療機関等で受診する場合は、免除証明書を健康保険被保険者証等とともに提示することにより次の一部負担金等の支払が免除されます。

- (1) 一部負担金、家族療養費に係る自己負担額（食事療養標準負担額または生活療養標準負担額に相当するものは除く）

- (2) 保険外併用療養に係る自己負担額（食事療養標準負担額または生活療養標準負担額に相当するものは除く）
- (3) 訪問看護療養費及び家族訪問看護療養費に係る自己負担額

5 一部負担金等の還付申請について

免除対象者の方で既に一部負担金等をお支払されている場合は、還付しますので、上記2の免除申請書とともに別紙2「令和6年能登半島地震における健康保険一部負担金等還付申請書」に保険医療機関等に支払った領収書を添付して申請してください。

なお、還付申請については、免除証明書の交付後でも申請できます。

(問合せ先)

業務課

電話 06-4708-7451 (代表)

証明（交付）年月日	令和 年 月 日	専務	常務	事務長	課長	係員
有効期限	令和 年 月 日					

## 令和6年能登半島地震における健康保険一部負担金等免除申請書

被保険者証 記号・番号		事業所名				
被保険者氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日	性別	男女	
免除申請する被保険者・被扶養者	氏名	男女	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄	
	氏名	男女	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄	
	氏名	男女	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄	
	氏名	男女	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄	
	氏名	男女	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄	
免除を申請する理由						
<p>次の該当番号に○印をつけてください。また、それぞれの場合に応じて裏面記載の資料を添付してください。</p> <p>令和6年能登半島地震により</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 住家が全半壊、全半焼またはこれに準ずる被災をしたため</li> <li>2 主たる生計維持者が死亡または重篤な傷病を負ったため</li> <li>3 主たる生計維持者の行方が不明のため</li> </ol>						
被保険者の住所 (居所)		〒 ー 電話番号 ( ) ー				
免除証明書の送付先* 上記と異なる場合のみ記入 してください。	住所 (事業所名・所在地・ 部署名等)	〒 ー 電話番号 ( ) ー				
	受取人氏名	本人との関係 ( )				

※ 申請書の欄には被保険者及び免除対象となる被保険者・被扶養者を記入してください。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

近畿電子産業健康保険組合理事長 殿

被保険者 住所

被保険者 氏名

## 添付資料

### ●申請する際、以下の書類を添付してください。

- 1 住家が全半壊、全半焼またはこれに準ずる被災をした場合  
罹災証明書の写し（罹災証明書の交付を受けることが困難な場合は、仮設住居入居契約書一時使用住宅入居契約書等、家屋の全半壊若しくは全半焼を前提条件とする契約に係る書類の写し）
  
- 2 主たる生計維持者が死亡または重篤な傷病を負った場合
  - i 罹災証明書・被災証明書の写し（主たる生計維持者の死亡に関する記載がある場合）
  - ii iにその旨の記載がない場合は、併せて死亡診断書の写し
  - iii iiのみでは判断困難な場合は、併せて死亡診断書に準じる医師による証明書の写し
  - iv 警察の発行する死体検案書の写し
  - v 埋葬許可証の写し
  - vi 罹災により一か月以上の治療を要すると認められる旨を記載した医師の診断書等の写し
  
- 3 主たる生計維持者の行方が不明である場合  
警察等に行方不明者に係る届出をしていることが確認できるものの写し

### ●上記証明書類の添付ができない方は下段に記入し、事業主等の証明を受けてください。

証明書類が添付できない理由	
住家の被害状況又は生計維持関係の状況	
(以下は、申請者の事業主、親類又は知人等関係者の方が記入してください。)	
申請者_____の申立が正しいことを証明します。	
近畿電子産業健康保険組合理事長 殿	
令和	年 月 日
証明者の住所	
氏名	
申請者との関係	事業主・親類・知人・( )

## 令和6年能登半島地震における健康保険一部負担金等還付申請書

被保険者証 記号・番号		・		事業所名			
被保険者	氏名	男 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日		
療養を 受けた方	氏名	男 女	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄	
療養を受けた 保険医療機関等		名称					
		所在地					
療養を受けた 期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
保険医療機関等に対し 支払った一部負担金等の額		円					
還付を申請する理由（該当する番号に○を付けてください）							
1 一部負担金等の免除が受けられることを知らず、一部負担金等を既に支払ったため 2 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため 3 その他やむを得ない理由により、保険医療機関等の窓口にて免除証明書の提出ができなかったため ( )							
近畿電子産業健康保険組合理事長殿 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 〒 - 住所 被保険者（請求者） <sup>ふりがな</sup> 氏名 電話番号 ( ) -							
<b>委任状</b>							
上記還付金の受領を所属事業所担当者.....に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名.....							

(注) 保険医療機関等で支払った額のうち、還付の対象となるのは一部負担金、家族療養費に係る自己負担額等です。

(注) この還付申請書には保険医療機関等が発行した領収証または一部負担金等の額が確認できる書類を添付してください。