

各 位

クボタ健康保険組合  
(公印省略)

## **東日本大震災による被災者に係る医療機関での受診・窓口負担について**

標記の件、今般の震災による被災者の方は、平成 23 年 7 月 1 日から医療機関の窓口での取扱いが下記のように変わりますのでご注意ください。

尚、本通達は厚生労働省からの通知（厚生労働省 保保発 0502 第 2 号）によるものです。

記

### **1. 医療機関において、保険診療を受ける際には、保険証(被保険者証)の提示が必要になります。**

6 月 30 日までは、震災に伴い、被保険者証を紛失した事等により、窓口で提示していなくても、氏名、生年月日等を申し出ることにより、保険診療を受けられる取扱いとなっていますが、平成 23 年 7 月 1 日からは、保険診療を受ける際には、被保険者証等の提示が必要になります。

### **2. 医療機関を受診した際に窓口負担が免除となるためには、一部負担金等の免除証明書の提示が必要となります。**

現在窓口で下記 (1) (2) に該当することを申し出たことにより窓口負担が免除されている方について、平成 23 年 7 月 1 日からは、クボタ健保組合が発行する一部負担金等の「免除証明書」の提示が必要となります。該当の方はクボタ健保組合まで「[免除申請書](#)」(別添の様式①)を提出して下さい。

- (1) 災害救助法の適用地域(別添の様式②-1)(東京都を除く)や、被災者生活再建支援法の適用地域(別添の様式②-2)の住民(地震の発生以後、他市町村へ転出した方を含む)であり、
- (2) 以下のいずれかに該当する方
- ① 住家の全半壊、全半焼又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し又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
  - ④ 長期避難世帯となっている方
  - ⑤ 長期避難世帯となったため福島原発の避難指示地域、計画的避難区域または緊急時避難準備区域に関する指示の対象となっている方
- ※ 原発の事故に伴い、政府の屋内退避指示の対象となっていた方の窓口負担の免除は、6 月末日までに受けた診療等分までとなります。

### **3. 上記 2 の免除となる期間**

平成 23 年 7 月 1 日～平成 24 年 2 月 29 日

### **4. 免除認定者が既に支払った一部負担金の還付について**

平成 23 年 3 月 11 日以降、上記 2 の免除認定者が既に支払った一部負担金は、免除認定者からの申請により、健康保険組合から還付されることとなります。申請にあたっては「[一部負担金等還付申請書](#)」(別添の様式③)を事業所経由で健康保険組合にご提出願います。

以上

ご参考(厚生労働省 東日本大震災関連のホームページ) <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000155g1.html>

(問い合わせ窓口 クボタ健康保険組合 河端 (7-61-3623)・吉本 (7-61-3615))

## 健康保険一部負担金等免除申請書

被保険者証	記号		番号		事業所の名称	
被保険者	氏名		男・女	生年月日	昭・平	年 月 日
	住所					
被保険者が免除対象者とならない場合は次の空欄をチェックして下さい。 ……□						
被扶養者	氏名		男・女	生年月日	昭・平	年 月 日
	住所					
被扶養者	氏名		男・女	生年月日	昭・平	年 月 日
	住所					
被扶養者	氏名		男・女	生年月日	昭・平	年 月 日
	住所					
被扶養者	氏名		男・女	生年月日	昭・平	年 月 日
	住所					
被扶養者	氏名		男・女	生年月日	昭・平	年 月 日
	住所					
<b>【免除を申請する理由】</b> （該当する番号に○をつけて下さい） <ol style="list-style-type: none"> <li>1 住家が全半壊(全半焼)したため</li> <li>2 主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病を負ったため</li> <li>3 主たる生計維持者が行方不明のため</li> <li>4 長期避難世帯となったため</li> <li>5 長期避難世帯となったため福島原発の避難指示地域、計画的避難区域又は緊急避難準備区域に指定されたため</li> <li>6 その他1～5に準じた事情があるため</li> </ol>						

以上の通り、必要添付書類を添えて申請します。

尚、証明書類の添付ができない方のみ下記にご記入下さい。

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	

平成 年 月 日

住所(居所) (〒 )

TEL

氏名

印

クボタ健康保険組合理事長 殿

## 【申請に必要な添付書類】

- ① 住家が全半壊若しくは全半焼した場合  
罹災証明書・被災証明書の写し（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）
- ② 主たる生計維持者が死亡若しく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
  - ii. i にその旨の記載がない場合は、死亡診断書の写し
  - iii. ii のみでは困難な場合は、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. 罹災により一ヶ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証明書等の写し
- ※ 主たる生計維持者の行方が不明である場合
  - ア 世帯全体の住民票の写し又は被保険者証の写し
  - イ 生計維持関係が判別できる所得証明書の写し
- 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
- ④ 長期避難世帯である場合  
市町村が発行した「長期避難世帯に該当する旨の証明書」の写し
- ⑤ 原子力災害対策特別措置法（平成 11 年法律第 156 号）第 15 条第 3 項の規定による避難のための立ち退き又は屋内への退避に係る内閣総理大臣の指示の対象地域であるため避難又は退避を行っている場合、若しくは法第 20 条第 3 項の規定による計画的避難区域及び緊急時避難準備区域の設定に係る原子力災害対策本部長の指示の対象となっている場合  
避難指示等の対象地域に住所を有していたことが確認できるもの

## 1. 災害救助法の適用地域

青森県	八戸市、上北郡おいらせ町
岩手県	盛岡市、宮古市、大船渡市、花巻市、北上市、久慈市、遠野市、一関市、陸前高田市、釜石市、二戸市、八幡平市、奥州市、岩手郡雫石町、同郡葛巻町、同郡岩手町、同郡滝沢村、紫波郡紫波町、同郡矢巾町、和賀郡西和賀町、胆沢郡金ヶ崎町、西磐井郡平泉町、東磐井郡藤沢町、気仙沼郡住田町、上閉伊郡大槌町、下閉伊郡山田町、同郡岩泉町、同郡田野畑村、同郡普代村、九戸郡軽米町、同郡野田村、同郡九戸村、同郡洋野町、二戸郡一戸町
宮城県	仙台市、石巻市、塩竈市、気仙沼市、白石市、名取市、角田市、多賀城市、岩沼市、登米市、栗原市、東松島市、大崎市、刈田郡蔵王町、同郡七ヶ宿町、柴田郡大河原町、同郡村田町、同郡柴田町、同郡川崎町、伊具郡丸森町、亶理郡亶理町、同郡山元町、宮城郡松島町、同郡七ヶ浜町、同郡利府町、黒川郡大和町、同郡大郷町、同郡富谷町、同郡大衡村、加美郡色麻町、同郡加美町、遠田郡涌谷町、同郡美里町、牡鹿郡女川町、本吉郡南三陸町
福島県	福島市、会津若松市、郡山市、いわき市、白河市、須賀川市、喜多方市、相馬市、二本松市、田村市、南相馬市、伊達市、本宮市、伊達郡桑折町、同郡国見町、同郡川俣町、安達郡大玉村、岩瀬郡鏡石町、同郡天栄村、南会津郡下郷町、同郡檜枝岐村、同郡只見町、同郡南会津町、耶麻郡北塩原村、同郡西会津町、同郡磐梯町、同郡猪苗代町、河沼郡会津坂下町、同郡湯川村、同郡柳津町、大沼郡三島町、同郡金山町、同郡昭和村、同郡会津美里町、西白河郡西郷村、同郡泉崎村、同郡中島村、同郡矢吹町、東白川郡棚倉町、同郡矢祭町、同郡塙町、同郡鮫川村、石川郡石川町、同郡玉川村、同郡平田村、同郡浅川町、同郡古殿町、田村郡三春町、同郡小野町、双葉郡広野町、同郡檜葉町、同郡富岡町、同郡川内村、同郡大熊町、同郡双葉町、同郡浪江町、同郡葛尾村、相馬郡新地町、同郡飯館村
茨城県	水戸市、日立市、土浦市、石岡市、龍ヶ崎市、下妻市、常総市、常陸太田市、高萩市、北茨城市、笠間市、取手市、牛久市、つくば市、ひたちなか市、鹿嶋市、潮来市、常陸大宮市、那珂市、筑西市、稲敷市、かすみがうら市、桜川市、神栖市、行方市、鉾田市、つくばみらい市、小美玉市、東茨城郡茨城町、同郡大洗町、同郡城里町、那珂郡東海村、久慈郡大子町、稲敷郡美浦村、同郡阿見町、同郡河内町、北相馬郡利根町
栃木県	宇都宮市、小山市、真岡市、大田原市、矢板市、那須塩原市、さくら市、那須烏山市、芳賀郡益子町、同郡茂木町、同郡市貝町、同郡芳賀町、塩谷郡高根沢町、那須郡那須町、同郡那珂川町
千葉県	千葉市、旭市、習志野市、我孫子市、浦安市、香取市、山武市、山武郡九十九里町
新潟県	十日町市、上越市、中魚沼郡津南町
長野県	下水内郡栄村

## 2. 被災者生活再建支援法の適用地域

青森県	三沢市、三戸郡階上町
茨城県	古河市、結城市
栃木県	足利市
千葉県	銚子市、市川市、船橋市、松戸市、成田市、佐倉市、東金市、八千代市、印西市、富里市、印旛郡酒々井町、同郡栄町、香取郡多古町、同郡東庄町、山武郡横芝光町

支給決定及支払伺	保険給付費		法定給付費		療 養 費	円	
					第二家族療養費	円	
	理事長	常務理事	事務長	担当者	支払年月日		
					平成	年	月

### 健康保険一部負担金等還付申請書

被保険者証	記号		番号		事業所の名称	
被 保 険 者	氏 名				男・女	生年月日 昭・平 . .
	住 所					
療 養 を 受 け た 者	氏 名				男・女	生年月日 昭・平 . .
	住 所					
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		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
保健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○を付けて下さい) 1. 6月30日以前に療養を受けた際、一部負担金等を既に支払ったため 2. 一部負担金等の免除等が受けられることを知らなかったため 3. 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため 4. 一部負担金等の免除申請をすることができなかったため 5. その他やむを得ない理由により、保険医療機関等の窓口免除証明書の提出ができなかったため ( )						

(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、入院時食事療養費及び入院時生活療養費に係る標準負担額のみです。

以上申請します。

平成 年 月 日

住 所 (居所) (〒 )

TEL

氏 名

印

クボタ健康保険組合理事長 殿

【必須添付書類】

- ・保険医療機関が発行した領収証又は記載された一部負担金等の額を確認する書類
- ・免除証明書の交付を受けていない場合は、免除申請書と必要添付書類

事業主の住所・氏名	
-----------	--