

## 令和元年8月の前線に伴う大雨により被害を受けた地域の皆様へ

令和元年8月の前線に伴う大雨により被害を受けられた皆様には心よりお見舞い申し上げます。  
今回の大雨で被災された被保険者並びにご家族の方々につきましては、健康保険証がお手元  
にない場合でも病院・診療所で保険診療を受診することができます。  
医療機関の窓口で「氏名」・「生年月日」・「勤務する事業所名」を教えてください。  
また、健康保険証を紛失・消失された方へは再発行をいたしております。

ご不明な点がございましたら、東京都電機健康保険組合業務部適用課、保険給付課、医療給付課  
までお問い合わせください。

### (連絡先)

業務部 適用課	TEL	03-3834-7213	(ダイヤルイン)
業務部 保険給付課	TEL	03-3834-7214	(ダイヤルイン)
業務部 医療給付課	TEL	03-3834-7215	(ダイヤルイン)

なお、医療機関窓口での一部負担金等の免除を希望される方は、こちらの申請書をお使いくだ  
さい。

>> [一部負担金等\(免除\)申請書はこちら](#)

令和元年 9 月

一部負担金等に関する取り扱いについて

○ 一部負担金等の徴収猶予及び減免

災害認定基準の住家全半壊等にあたる場合は一部負担金等を免除する。

なお、今回は徴収猶予と減額は実施しない。

※ 災害の認定は「災害の被害認定基準について(平成13年6月28日府政防第518号内閣府政策統括室(防災担当)通知)」により取り扱います。

○ 免除対象期間

交付日から令和元年11月30日までとする。

○ 申請方法及び証明書の発行

療養前に、り災証明書を添付のうえ別添「健康保険一部負担金等免除申請書」の申請をしていただき、当組合より「健康保険一部負担金等免除証明書」の交付を受ける。

交付を受けたら、医療機関の窓口に提出すると、一部負担金等の支払を免除される。

令和元年 9 月 5 日

「令和元年 8 月の大雨により被害を受けた皆様へ」一部負担金免除 Q & A

Q 1. どのような人が免除を受けられますか？

A 免除対象者は、令和元年 8 月の大雨により家屋が全半壊の被害を受けた  
該当地域(別掲)の被保険者及び被扶養者となります。

Q 2. 手続き方法は？

A 健康保険一部負担金等免除申請書に災証明書を添付のうえ、ご提出ください。

Q 3. 免除期間はいつまでですか？

A 令和元年 11 月 30 日までとなります。

Q 4. 大雨等で大ケガの被害を受けましたが、免除の対象となりますか？

A 対象になりません。

当組合の免除は、家屋が全半壊の被害を受けた方が対象となります。

Q 5. 他の健保は、一部負担金等の減額や徴収猶予を行っていますが、東京都  
電機健康保険組合では行わないのでしょうか？

A この免除等は、健康保険法第 75 条の 2 及び第 110 条の 2 の規定に基づき、各保  
険者の判断により実施しております。

このため当組合では、家屋が全半壊の方を対象に一部負担金の免除を実施しており  
ます。

## 災害救助法適用市町村

佐賀県	佐賀市(さがし)
	唐津市(からつし)
	鳥栖市(とすし)
	多久市(たくし)
	伊万里市(いまりし)
	武雄市(たけおし)
	鹿島市(かしまし)
	小城市(おぎし)
	嬉野市(うれしのし)
	神埼市(かんざきし)
	神埼郡吉野ヶ里町(かんざきぐんよしのがりちょう)
	三養基郡基山町(みやきぐんきやまちょう)
	三養基郡上峰町(みやきぐんかみみねちょう)
	三養基郡みやき町(みやきぐんみやきちょう)
	東松浦郡玄海町(ひがしまつうらぐんげんかいちょう)
	西松浦郡有田町(ひがしまつうらぐんありたちょう)
	杵島郡大町町(きしまぐんおおまちちょう)
	杵島郡江北町(きしまぐんこうほくまち)
	杵島郡白石町(きしまぐんしろいしちょう)
	藤津郡太良町(ふじつぐんたらちょう)

令和	年	月	日
課長	係長	係	

## 健康保険一部負担金等免除申請書

※ 申請書の欄には被保険者及び免除対象となる被扶養者を記入して下さい。  
 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。 . . . . . □

被保険者証		記号		番号			
被保険者	氏名		男・女	生年月日	昭・平	年	月 日
被保険者被災時住所		〒					
被扶養者被災時住所 * 被保険者と別居の場合ご記入下さい		〒					
被扶養者	氏名		男・女	生年月日	昭・平・令	年	月 日
被扶養者	氏名		男・女	生年月日	昭・平・令	年	月 日
被扶養者	氏名		男・女	生年月日	昭・平・令	年	月 日
被扶養者	氏名		男・女	生年月日	昭・平・令	年	月 日
被扶養者	氏名		男・女	生年月日	昭・平・令	年	月 日
免除を申請する理由		令和元年8月の前線に伴う大雨により被害を受けた地域の被保険者及び被扶養者が住家全半壊したため					

以上申請します。  
 令和 年 月 日

申請者 (被保険者)  
 住所 (居所) 〒

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 TEL \_\_\_\_\_

\*なお、上記住所以外に当該証明書を送付希望の場合は、下記へご記入下さい。  
 送付先住所 〒

氏名 \_\_\_\_\_

東京都電機健康保険組合理事長 殿

● 申請する際、以下の書類を添付して下さい。

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、一時使用住宅入居契約書等、家屋の全半壊を前提条件とする契約に係る書類)

~~~~~  
 受付日付印

|     |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 支給額 |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|---|

### 健康保険一部負担金等還付申請書

|                                                                                                                                                          |                     |  |     |      |       |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--|-----|------|-------|---|---|---|
| 健康保険証                                                                                                                                                    | 記号                  |  | 番号  |      |       |   |   |   |
| 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・令 | ・ | ・ |   |
| 療養を受けた<br>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<br>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 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<br>2 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため<br>3 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<br>4 その他やむを得ない理由により、保険医療機関等の窓口で免除証明書の提出ができなかったため<br><br>(具体的理由: ) |                     |  |     |      |       |   |   |   |

以上申請します。  
令和 年 月 日

申請者 (被保険者)

住所(居所) 〒

氏名

印

東京都電機健康保険組合理事長 殿

◎ 支払振込先は、被保険者名義の口座を記入して下さい。

|       |       |       |      |  |  |  |  |      |                |  |  |  |
|-------|-------|-------|------|--|--|--|--|------|----------------|--|--|--|
| 支払振込先 | 金融機関名 |       |      |  |  |  |  | 本・支店 |                |  |  |  |
|       | 預金種別  | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |      | 口座名義<br>(カタカナ) |  |  |  |

●申請する際、以下の書類を添付して下さい。

受付日付印

- ①健康保険一部負担金等免除申請書(罹災証明書等の証明書類の添付が必要となります)又は健康保険一部負担金等免除証明書の写し
- ②保険医療機関等が発行した領収書