

被 保 険 者 様

東京都電機健康保険組合

東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う避難指示等の対象地域における
被保険者等の一部負担金免除措置の延長について(お願い)

日頃より、当組合の事業運営に格別のご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、東日本大震災による被災者であって、東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う避難指示等対象地域の住民の方が保険医療機関を受診する際の一部負担金の免除措置につきまして、下記のとおり延長することとなりましたのでお知らせいたします。

記

1. 一部負担金免除措置の期間の延長について

被保険者等の一部負担金の免除措置を令和2年8月31日まで延長いたします。

但し、上位所得者（標準報酬月額が53万円以上の被保険者等）を除く被保険者等が対象となります。

2. 一部負担金等免除証明書の返納について

有効期限が令和2年2月29日の一部負担金等免除証明書につきましては、令和2年3月1日以降速やかに当組合までご返却いただくこととなりますので、証明書の回収につきましてご協力くださいますようお願いいたします。

なお、証明書を紛失された等の理由によりご返却ができない場合は、「健康保険一部負担金等免除証明書滅失届」をご提出ください。

※「健康保険一部負担金等免除証明書滅失届」について、被保険者及び被扶養者が証明書を紛失された場合は、各々必要となります。

3. 一部負担金等免除証明書の継続申請について

引き続き、令和2年3月1日から令和2年8月31日までの期間について一部負担金等免除証明書が必要な（上位所得者標準報酬月額が53万円以上の被保険者等を除く）被保険者の方は、「健康保険一部負担金等免除申請書(継続)」により再度申請してください。

なお、この申請につきましては、り災証明書等の添付は不要です。

※更新後の証明書が到着する前に保険医療機関を受診される場合は、手続き中であることを医療機関に伝えご相談ください。

お問い合わせ先

〒113-8566 東京都文京区湯島3-15-4

東京都電機健康保険組合

業務部医療給付課 TEL03-3834-7215

令和 年 月 日						
専務理事	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	係

健康保険一部負担金等免除申請書（継続）

※ 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	年 月 日
被扶養者	氏名		男・女	生年月日	昭・平	年 月 日
被扶養者	氏名		男・女	生年月日	昭・平	年 月 日
被扶養者	氏名		男・女	生年月日	昭・平	年 月 日
被扶養者	氏名		男・女	生年月日	昭・平	年 月 日
免除を申請する理由		東京電力福島第一原発事故による ・ 旧緊急時避難準備区域 ・ 特定避難勧奨地点(ホットスポット) の住民のため。				

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

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	・	・	
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 2 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため 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 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 (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 (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

年 月 日		
課長	係長	係

健康保険一部負担金等免除証明書 滅失届

① 被保険者証の 記号番号	.	※ 届書の種類	一部負担金等免除証明書
② 被保険者氏名		③ 生年月日	昭和 年 月 日 平成
④ 被保険者であるときは 資格取得年月日	昭和 年 月 日 平成	⑤ 被扶養者用を 滅失したときは その被扶養者の氏名	
⑥ 被保険者の勤務 する(していた) 事業所の	(7) 名称		
	(4) 所在地		
⑦ 健康保険一部負担金等免除証明書を滅失したときの状況	(詳しくご記入ください)		
令和 年 月 日 提出			
<p>うえの届書に記載したとおり、健康保険一部負担金等免除証明書を滅失いたしました。今後は十分取扱いに注意します。</p> <p>なお、この健康保険一部負担金等免除証明書を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">被保険者の 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>			
⑧ 備考	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> 受付日付印 </div>		

(注意事項)

この届書は、健康保険一部負担金等免除証明書を滅失したため再交付を受ける場合、「被保険者資格喪失届」に健康保険一部負担金等免除証明書を添付して返納することができない場合、被扶養者でなくなったとき、認定の条件に該当しなくなつたとき又は、有効期限に達したとき、滅失し返納することができない場合に提出

提出するものです。
 ◎ ⑤欄は、被扶養者用を滅失したときに、被扶養者の氏名を記入してください。
 ◎ 被保険者の印は、被保険者が自ら署名する場合は不要です。

東京都電機健康保険組合