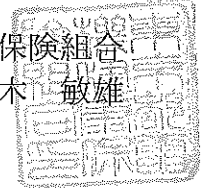


平成23年5月24日

事業主様

東京都電機健康保険組合
理事長 鈴木 敏雄



東日本大震災の影響による当組合の対応について（その3）

日頃より、当組合の事業運営につきまして格別のご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。また、この度の「東日本大震災」により被害を受けられた方々に心よりお見舞い申し上げます。一日も早い復旧・復興をお祈り申し上げます。

さて、東日本大震災により被災された被保険者等が保険医療機関で診療を受けた際に支払う一部負担金や保険料の免除措置につきまして、先日厚生労働省より通知がありましたので下記のとおりご連絡いたします。

つきましては、ご多忙のところ誠に恐縮でございますが、東日本大震災により被災された貴社従業員様等のご周知方ご配慮くださいますようお願い申し上げます。なお、ご周知にあたりまして、別添のリーフレット等ご活用いただくと共に、ご不明な点は当健康保険組合の担当までお問い合わせ下さい。

記

- 1 東日本大震災により被災された方が、医療機関において保険診療を受ける際には、窓口での保険証(被保険者証)の提示が必要になります。

現在、震災に伴い、被保険者証等を紛失したこと等により、窓口で提示できない場合でも、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おりますが、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。被保険者証等を紛失された方は、再交付の手続きをお願いいたします。

- 2 東日本大震災により被災された方が、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になります。

(1) 現在、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、ご加入の医療保険の保険者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。

(2) 一部負担金等の免除に該当する方は次の方です。別添の免除申請書により当健康保険組合へご申請下さい。(免除期間 最長平成24年2月29日まで)

災害救助法の適用地域(東京都を除く)や被災者生活再建支援法の適用地域の住民(地震の発生以後、他市町村へ転出した方を含む)であり(別紙をご参照下さい)、

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不明である方
- ④ 主たる生計維持者が業務を廃止・休止した方
- ⑤ 主たる生計維持者が失職し、現在収入がない方
- ⑥ 原発の事故に伴い、政府の避難指示、計画的避難区域及び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

3 窓口負担が免除されている方について、すでに保険医療機関等の窓口で一部負担金等を支払った場合は保険者から還付を受けることができます。詳しくは、当健康保険組合の業務二課までお問い合わせ下さい。

4 東日本大震災によって大幅な賃金の変動があっても、標準報酬月額が改定月が遅れる又は休業により賃金が支払われない場合にも保険料負担が生じるといった問題に対処するため、標準報酬月額の改定及び保険料の免除の特例措置が講じられることとなりました。詳しくは、当健康保険組合の業務一課までお問い合わせ下さい。

ご不明な点がございましたら下記にお問い合わせ下さい。

- ◆ 保険証(被保険者証)の再交付関係
- ◆ 標準報酬月額改定及び保険料の免除関係
業務部業務一課 Tel03-3834-7213
- ◆ 一部負担金等免除証明書関係
- ◆ 一部負担金の還付申請書関係
業務部業務二課 Tel03-3834-7214

※電話番号はお間違えのないよう、ご注意ください。
別添申請書等は、コピーしてご使用ください。

東日本大震災に際し災害救助法が適用された市町村及びこれに準ずる市町村として
政令で定められた特定被災区域(平成23年5月2日政令第127号)

(第二条第一項関係)

青森県	八戸市 上北郡おいらせ町
岩手県	全34市町村
宮城県	全35市町村
福島県	全59市町村
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

(第二条第二項関係)

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 山武横芝光町

医療機関を受診された被災者の方々へ

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。

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

現在、震災に伴い、被保険者証等を紛失したこと等により、窓口で提示できなくても、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、窓口で以下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、ご加入の医療保険の保険者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。

- (1) 災害救助法の適用地域（東京都を除く）や被災者生活再建支援法の適用地域の住民（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 主たる生計維持者が業務を廃止・休止した方
- ⑤ 主たる生計維持者が失職し、現在収入がない方
- ⑥ 原発の事故に伴い、政府の避難指示、計画的避難区域及び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

※ ただし、被災により免除証明書の交付が困難な一部の市町村の国保又は後期高齢者医療制度の加入者については、当分の間、免除証明書は必要ありません。（具体的な市町村名については、5月中旬以降にお知らせします。）

※ 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。

◎ご加入の医療保険の保険者への
保険証や免除証明書の申請を忘れずに。

届書コード
2 5 1 1
届書

健康保険被保険者証
減き
失損
再交付申請書

年	月	日
常務理事	事務局長	部長 課長 係長 係

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号	⑦被保険者の氏名	④生年月日	①性別	⑦資格取得年月日
		(氏) (名)	年 月 日	男 1. 女 2.	年 月 日
			1 3 5 7 明 大 昭 平		送 信
④ 被 保 險 者 の 住 所					
備 考					

再交付申請の対象となる者	④ 氏名	⑤ 生年月日	⑥ 性別	⑦ 続柄	⑧ 再交付の原因	⑨ 備考
被保険者欄	(氏) (名)	年 月 日	男 1. 女 2.	本人	減失 3. 減損 4. ※新規 7. その他 8.	
被扶養者欄	④※被扶養者番号	年 月 日	男 1. 女 2.	続柄	減失 3. 減損 4. ※新規 7. その他 8.	備考
	(氏) (名)	1 3 5 7 明 大 昭 平	男 1. 女 2.			
	(氏) (名)	1 3 5 7 明 大 昭 平	男 1. 女 2.			
	(氏) (名)	1 3 5 7 明 大 昭 平	男 1. 女 2.			
	(氏) (名)	1 3 5 7 明 大 昭 平	男 1. 女 2.			送 信

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので提出いたします。
なお、今後は被保険者証を減失またはき損することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	(局) 番
電話	

健康保険被保険者証を受領いたしました。
氏名
(印)

平成 年 月 日 提出
受付日付印
社会保険労務士の提出代行者印
(印)

◎ 記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
◎ 「※」印欄は記入しないでください。

【記入の方法】

- ①欄は、被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。
- 標題の「滅失」、「き損」の文字は、該当する文字を○印で囲んでください。

- ③および④欄の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、たとえば昭和32年2月7日生まれた場合は、

明	年	月	日
大	3	2	0
正	7	2	0
平		7	7

のように記入してください。

- ①および②欄は、該当する性別を○印で囲んでください。
- ⑦欄は、被保険者との続柄を「夫」、「妻」、「父」、「母」、「子」、「祖父」および「祖母」などと詳しく記入してください。
- ⑤欄は、該当する再交付の原因を○印で囲んでください。

【この申請書に添付して提出する書類】

- 健康保険被保険者証を滅失したための再交付申請であるときは、「被保険者証滅失届」および「滅失事由を明らかにする証明書」（盗難、遺失、焼失、紛失証明書など）
- き損したための再交付申請であるときは、「き損した健康保険被保険者証」

年 月 日					
常務理事	事務局長	部長	課長	係長	係

健康保険被保険者証 滅失届 年金手帳

(注意事項)

この届書は、健康保険の被保険者証を滅失したため再交付を受けられる場合、「被保険者資格喪失届」に被保険者証を添付して返納することができない場合、被保険者証の更新ないしは検認の際に被保険者証を提出または返納することのできない方が有効被保険者証の再交付を受ける場合、または被扶養者を削除するために「被扶養者(異動)届」を提出する場合および年

① 被保険者証の記号番号または基礎年金番号	※ 届書の種類		喪失・再交付・被扶養者(異動)・更新・検認
② 被保険者氏名	③ 生年月日		明治 大正 昭和 平成 年 月 日
④ 被保険者であるとき資格取得年月日	昭和 平成 年 月 日	⑤ 被保険者証(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)専業所の	(ア) 名称		
	(イ) 所在地		
⑦ 被保険者証または年金手帳を滅失したときの状況			

平成 年 月 日 提出

うえの届書に記載したとおり、被保険者証(年金手帳)を滅失いたしました。今後は十分取扱いに注意します。

なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者の住所

氏名

㊟

⑧ 備考	
---------	--

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印

㊟

東京都電機健康保険組合

平成	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	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 1～6の該当する項目 に○を付して下さい		東日本大震災により 1 住家が全半壊（全半焼）したため 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 3 主たる生計維持者の行方が不明のため 4 福島原発の避難指示地域、計画的避難区域又は緊急時避難準備区域に指定されたため 5 長期避難世帯となったため 6 その他1～5に準じた事情があるため 具体的に記入して下さい ()				

以上申請します。

平成 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

※裏面にある添付書類あるいは証明をこの申請書と一緒に提出して下さい。
 返信用封筒に当該証明書の送付先住所を記入（切手不要）し、提出下さいますようご協力お願い致します。

受付日付印

● 申請する際、以下の書類を添付して下さい。

- 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)
- 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書等の写し
- ※ 主たる生計維持者との関係が不明である場合
 - 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

※上記の証明書類の添付ができない方のみ下記に記入し、事業主等の証明を受けて下さい。

証明書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	

※申請者の事業主、親類又は知人等関係者の方が記入して下さい。

申請者 _____ の申立が正しいことを証明します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所

氏 名

印

申請者との関係

東京都電機健康保険組合理事長殿

平成	年	月	日
課長	係長	係	

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	平成 年 月 日 ~ 平成 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 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 (具体的理由:)				

(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

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ください。

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)		

受付日付印