

保険証再交付・医療機関への一部負担金等免除の取り扱いについて

この度の大雪により被害にあわれた皆様には、心よりお見舞い申し上げます。

アサヒグループ健康保険組合では、災害救助法の適用市区町村（別紙）に住所を有する被保険者・被扶養者で、次の①～③のいずれかに該当される皆様につきましては、厚生労働省からの通知に基づき、下記のとおりご案内申し上げます。

- ① 住家の全半壊（全半焼）
- ② 主たる生計維持者が死亡または重篤な傷病を負った状態
- ③ 主たる生計維持者の行方が不明

記

1. 被保険者証の取り扱いについて

- (1) 被保険者証を紛失により保険医療機関等に提示できない場合においては、氏名、生年月日、会社名、保険者名（アサヒグループ健康保険組合）を保険医療機関等の窓口で告知することで、受診が可能となります。
- (2) 今回の災害により紛失した被保険者証の再交付は、「被保険者証再交付申請書」のご提出に応じ速やかに対応いたします。尚、再交付に伴う再交付手数料はいただきませんので、申請書を作成の上、事業所経由にて申請願います。

2. 医療機関への一部負担金等の免除について

- (1) 当健康保険組合は「一部負担金等免除申請書」に次の書類を添えて提出された方に対し、被害状況に応じ、「一部負担金等免除証明書」を発行し、窓口負担の減額を行います。この添付書類につきましては、その記載内容のみから判断が困難な場合は、添付書類を追加していただくことがあります。あらかじめご了承ください。保険医療機関等で診療を受ける際には、この証明書を提示していただくことで、窓口で支払う一部負担金等が免除され、健康保険の適用される診療につきましては、窓口で支払を求められることはありません。

※一部負担金とは、健康保険の適用となる病院や薬局などで支払う医療費の自己負担分です。（小学校入学後～69歳の方は医療費の3割となっています）

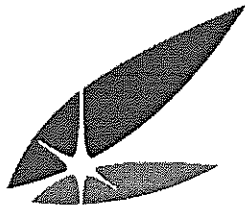
※一部負担免除の対象外

- ・柔道整復、あんま、マッサージ、はり・きゅうによる施術や装具代等
- ・食事療養標準負担額、生活療養標準負担額に相当するもの
- ・差額ベッド代、健診費用など健康保険適用外のもの

3. 医療機関で一部負担金を支払った場合について

- (1) 『証明書』がお手元に届くまでに、医療機関を受診され一部負担金をお支払された場合は、お手数ですが「健康保険一部負担金等還付申請書」のご提出により還付手続きをお願いいたします。
- (2) 医療機関より発行を受けた領収証の添付が必要になりますので、ご注意ください。

以上



平成 30 年 2 月 14 日
内閣府（防災担当）

平成29年度豪雪にかかる災害救助法の適用について【第1報】

1. 災害の概要

新潟県において、連日の降雪により、これを放置すれば住家が倒壊するおそれがあり、多数の者が生命又は身体に危害を受け、又は受けるおそれが生じていることから、新潟県は4市1町に災害救助法の適用を決定した。

災害救助法 適用市町村	法適用日	被害の状況等	備 考
【新潟県】 長岡市 （ながおかし） 小千谷市 （おぢやし） 十日町市 （とおかまちし） 魚沼市 （うおぬまし） 東蒲原郡阿賀町 （ひがしかんばらぐんあがまち）	2月14日	連日の降雪により、これを放置すれば住家の倒壊により多数の者が生命又は身体に危害を受け、又は受けるおそれが生じており、継続的に救助を必要としている。	災害救助法施行令第1条第1項第4号適用

2. これまでにとられた措置

- ・障害物の除去

本件問合せ先
内閣府政策統括官（防災担当）付
参事官（被災者行政担当）付
高相、佐藤、堀田
TEL 03-5253-2111（内線51359）
03-3593-2849（直通）

災害救助法の適用に伴う被保険者証 再交付申請書
(2017年度(平成29年度)豪雪関係)

アサヒグループ健康保険組合理事長殿

健康保険被保険者証再交付申請書 (兼 滅失届)

申請日: 年 月 日				
被保険者証の記号番号		フリガナ	性別	生年月日
記号	番号	被保険者氏名	男・女	年 月 日
勤務先の事業所名		住所		
		名称		

【申請事由】

◇該当項目にチェック「レ」をしてください。

- 《再交付》滅失のため → 申請前に警察へ届け出てください
- 《再交付》毀損のため → 毀損した被保険者証を添付してください
- 《再交付》その他

【申請対象者】

氏名	続柄	性別	生年月日
		男・女	年 月 日
		男・女	年 月 日
		男・女	年 月 日

【発生日】 ※滅失・毀損時に記載

滅失・毀損した日: 年 月 日

滅失・毀損した時の状況 (出来るだけ詳細に)				
滅失時、警察への届出	警察署	受理年月日	年 月 日	受理番号

警察への届出

被保険者証は、キャッシュ・クレジットカードのように使用の一時停止、無効措置を取ることが出来ません。滅失した被保険者証が第三者により不正使用される恐れもある為、万一に備え、最寄の警察署等へ届け出てください。

[受付日付印]

【事業所証明】

被保険者からなされた上記の健康保険被保険者証再交付申請の内容に、事実と相違なきことを証明致します。

年 月 日

事業主	総務部・課長	健保担当者

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

健康保険一部負担金等免除申請書

被 保 険 者 証	記 号	番 号	
被 保 険 者	氏 名	男・女	生年月日 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名	男・女	生年月日 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名	男・女	生年月日 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名	男・女	生年月日 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名	男・女	生年月日 年 月 日
免除を申請する理由		2017年度(平成29年度)豪雪により 1 住家の全半壊、全半焼又はこれに準ずる被災をしたため 2 主たる生計維持者が死亡し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	

以上のとおり申請します。

年 月 日

アサヒグループ

健康保険組合理事長殿

被保険者

住 所(居所)

氏 名

印

「健康保険一部負担金等免除申請書」添付書類

●健康保険組合に一部負担金等免除申請を提出する際には免除申請書に添えて、免除申請理由に応じた下記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

※主たる生計維持者との関係が不明である場合は

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

健康保険一部負担金等還付申請書

被保険者証	記号		番号	
被保険者	氏名	男・女	生年月日	年 月 日
	住所			
療養を受けた者	氏名	男・女	生年月日	年 月 日
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	年 月 日 ~ 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		
<p>(還付を申請する理由)</p> <p>2017年度(平成29年度)豪雪により、健康保険の被保険者もしくは被扶養者が次の事由のいずれかに該当したため。</p> <p>(申請者において該当する番号を○で囲んでください。)</p> <p>1 一部負担金の免除が受けられることを知らず、一部負担金を既に支払ったため</p> <p>2 一部負担金免除証明書の交付を受けることが遅れたため</p> <p>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で免除証明書の提出ができなかったため</p> <p style="text-align: center;">()</p>				

○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のみです。

【注意事項】

- ①申請書は、各受診者毎、受診月毎、医療機関毎でご記入をお願いいたします。
- ②以下については免除対象外となります。
 - ・食事療養標準負担額、生活療養標準負担額に相当するもの
 - ・差額ベット代、健診費用など健康保険適用外のもの
 - ・柔道整復、あんま、マッサージ、はり・きゅうによる施術や装具代等
- ③還付金額の内容確認のために時間がかかる場合があります。

アサヒグループ健康保険組合理事長 殿

上記のとおり領収書類を添えて一部負担金の還付を申請します。

年 月 日

申請者(被保険者)

住 所

氏 名

印