

令和元年台風第 19 号により被災された皆様へ

この度の台風により被災された方々へ心よりお見舞い申し上げます。

トッパングループ健康保険組合では、内閣府による「災害救助法」の適用に伴い、今回の台風による医療機関の受診について「一部負担金免除などの減免」等の措置を以下の通り行います。

記

1. 一部負担金等の免除

(1) 対象者

次のいずれにも該当する方

- ① 令和元年台風第 19 号による災害救助法の適用市町村に住所を有する被保険者、被扶養者
- ② 令和元年台風第 19 号の被災により、次のいずれかの申し立てをした方
 - ・ 住家の全半壊又はこれに準ずる被災をした場合
 - ・ 被保険者が死亡し又は重篤な傷病を負った場合
 - ・ 被保険者の行方が不明である場合

(2) 免除対象となる自己負担額

一部負担金、保険外併用療養費に係る自己負担額、訪問看護療養費に係る自己負担額、家族療養費に係る自己負担額又は家族訪問看護療養費に係る自己負担額、療養費に係る自己負担額
※食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額、差額ベッド代は対象外

(3) 免除期間

令和元年 10 月 12 日から令和元年 12 月 31 日受診分まで

(4) 申請方法

「一部負担金等免除申請書」による申請

添付書類：被害に係る地方公共団体等による証明書類の写し

※当健保組合より「一部負担金等免除証明書」を発行いたします。

(5) その他

証明書が発行される前に一部負担金等を支払っている場合には還付申請が可能です。

「健康保険 一部負担金等還付申請書」による申請

添付書類：①領収証の原本、②領収証の内訳が確認できる書類の写し、③被害に係る地方公共団体等による証明書類の写し

2. 健康保険被保険者証の再交付料の免除

(1) 対象者

令和元年台風第 19 号により被災した被保険者、被扶養者

(2) 申請方法

「健康保険 健康保険証 滅失・毀損届 / 再交付願」による申請

※通常、事業主（事業所）を経由して申請いただきますが、それが困難なときは健保組合に直接ご連絡ください。

ご不明な点がございましたら、トッパングループ健康保険組合までお問合せください。

一日も早い復旧を職員一同心よりお祈り申し上げます。

【問い合わせ先】

適用・給付担当 TEL:03-3835-6700

健康保険 一部負担金等免除申請書

申請日 令和 年 月 日

健康保険証の記号・番号	—	事業所名			
被保険者証 (申請者)	氏名	Ⓜ	生年月日	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住所	〒 連絡先電話番号 ()			
免除を希望する 対象者	氏名		続柄	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	氏名		続柄	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	氏名		続柄	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	氏名		続柄	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	氏名		続柄	生年月日	昭和 平成 年 月 日
免除申請する理由					

被災した日	令和 年 月 日	災害内容	
-------	----------	------	--

【添付書類】

被害に係る地方公共団体等による証明書類の写し

【注意事項】

保険医療機関等で支払った額のうち、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額に相当するもの、ならびに差額ベッド代は除かれます。

健 保 組 合		
決 裁	処 理	

健保受付

事 業 所	
責 任 者	担 当

健康保険 一部負担金等還付申請書

申請日 令和 年 月 日

健康保険証の記号・番号		—		事業所名			
被保険者証 (申請者)	氏名	Ⓜ		生年月日	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	住所	〒 連絡先電話番号 ()					
療養を受けた者	氏名		続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
療養を受けた理由							
療養を受けた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ()日間						
療養を受けた 医療機関等	名称				一部負担金額		
	住所						
被災した日	令和 年 月 日			災害内容			

委任状	<p>私は本申請に基づく給付金に関する権限を事業所代理人に委任します。 (本申請は委任払い(事業所経由)での支給となります。)</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">被保険者の 氏名 Ⓜ</p> <p style="text-align: right;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">事業所代理人の 氏名 Ⓜ</p>						
-----	---	--	--	--	--	--	--

【添付書類】

- 以下の書類すべてを添付してください。
- ①医療機関等で発行された領収証の原本
 - ②領収証の内訳が確認できる書類の写し
 - ③被害に係る地方公共団体等による証明書類の写し

【注意事項】

- ・保険医療機関等で支払った額のうち、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額に相当するもの、ならびに差額ベッド代は除かれます。
- ・還付申請をされる場合は、時効があります(一部負担金の支払いをした日の翌日から起算して2年間)のでご注意ください。
- ・医療機関等の受診内容等の確認を行いますので申請から約3ヶ月後の支給となります。

健 保 組 合		
決 裁	処 理	

健保受付

事 業 所	
責 任 者	担 当