　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和7年8月26日

人事総務責任者　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大和ハウス工業健康保険組合

令和７年８月の大雨により被災された皆様の一部負担金免除について

平素は健康保険組合事業にご協力いただき厚く御礼申し上げます。

今般、令和７年８月の大雨により、被災された方々へは心よりお見舞い申し上げます。一刻も早い復興を心よりお祈り申し上げます。

大和ハウス工業健康保険組合では、今回の大雨の被害の甚大さに鑑み、医療機関を受診された被保険者・被扶養者のうち、下記条件に該当する方につきまして「一部負担金免除などの徴収猶予及び減免」を適用しますので手続きをお願いいたします。

記

1. 窓口での一部負担金免除について

条件（１）（２）のいずれにも該当する方で、医療機関を受診した方は「一部負担金」を**令和8年1月末日迄免除**します（すでに支払い済みの場合は後で精算できます）。

（1）令和７年８月の大雨に係る災害救助法の適用市町村に住所を有する組合員

　　　災害救助法の適用市町村⇒[災害救助法の適用状況 : 防災情報のページ - 内閣府 (bousai.go.jp)](https://www.bousai.go.jp/taisaku/kyuujo/kyuujo_tekiyou.html)

（2）今回の大雨で次のいずれかの申し立てをした方

①**住家の全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる**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**である場合

２.徴収を猶予・減免する一部負担金等の範囲

・一部負担金

・保険外併用療養費／訪問看護療養費／家族療養費/家族訪問看護療養費に係る自己負担

　額（食事療養標準負担額、生活療養標準負担額、柔整・あんま・ﾏｯｻｰｼﾞ・鍼灸は除く）

３.免除申請について

（1）健康保険一部負担金等免除申請書・・・・・医療機関受診**前**

（2）健康保険一部負担金等還付申請書・・・・・医療機関受診**後**

※いずれも添付書類として罹災証明書・被災証明書写し等が必要です。詳細は申請書をご確認ください。

４.免除期間

　　令和8年1月31日受診まで

５.資格確認書の発行について

　　マイナ保険証・資格確認書・健康保険証を紛失・消失した場合は資格確認書を発行します。

　　※健康保険資格確認書（再）交付申請書をご提出ください。

お問い合わせ先：大和ハウス工業健康保険組合 TEL 06－6342-1440（担当：白根）

以　上

【対象エリア】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 適用日 | 都道府県 | 市区町村 |
| 令和７年８月７日 | 石川県 | 金沢市 |
| 鹿児島県 | 薩摩川内市 |
| 曽於市 |
| 霧島市 |
| 姶良市 |
| 令和７年８月１０日 | 山口県 | 宇部市 |
| 熊本県 | 熊本市 |
| 八代市 |
| 玉名市 |
| 上天草市 |
| 宇城市 |
| 下益城郡美里町 |
| 玉名郡長洲町 |
| 上益城郡甲佐町 |
| 八代郡氷川町 |
| 令和７年８月２０日 | 秋田県 | 仙北市 |

健康保険一部負担金等免除申請書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者等 | | 記号 |  | | 番　　号 |  |
| 被保険者 | 氏　名 |  | |  | 生年月日 |  |
| 被扶養者 | 氏　名 |  | |  | 生年月日 |  |
| 被扶養者 | 氏　名 |  | |  | 生年月日 |  |
| 被扶養者 | 氏　名 |  | |  | 生年月日 |  |
| 被扶養者 | 氏　名 |  | |  | 生年月日 |  |
| 被扶養者 | 氏　名 |  | |  | 生年月日 |  |
| 免除を申請する理由 | | 令和７年８月の大雨により  １　住家が全半壊（全半焼）、床上浸水したため  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　その他１～３に準じた事情があるため | | | | |

※　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右の□をチェックして下さい。･････････□

以上申請します。

　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　（被保険者又は被扶養者）

印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所（居所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　健康保険組合理事長　殿

　※　下記については、証明書類の添付ができない方のみ記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 証明書類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ください。）

　申請者　　　　　　　　　　　　　　の申立が正しいことを証明します。

　令和　　　年　　　月　　　日

印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者との関係

　　　健康保険組合理事長　殿

● 申請する際、被保険者証を提出するとともに必要に応じて、以下の書類を添付してください。

①　住家が全半壊若しくは全半焼、床上浸水した場合

　　　　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、床上浸水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

　　　　ア　世帯全体の住民票の写し又は被保険者証・資格確認書・資格情報のお知らせの写し

　　　　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

健康保険一部負担金還付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者等 | 記号 |  | | | 番号 | |  | |
| 被保険者 | フリガナ  氏名 |  | | | 生年月日 | | | 昭・平　　．　． |
| 性別 | 男・女 | | 電話番号 | |  | | |
| 住　所 | 〒 | | | | | | |
| 療養を受けた者 | フリガナ  氏名 |  | | | 生年月日 | | | 昭・平　　．　． |
| 性別 | 男　・　女 | | 電話番号 | |  | | |
| 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 | | | | | | | |
| 療養に対し支払った一部負担金の額 | | | 円 | | | | | |
| （還付を申請する理由）  　令和７年８月の大雨により、健康保険の被保険者もしくは被扶養者が以下の事由のいずれかに該当したため。（申請者において該当する番号を○で囲んで下さい。）  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  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  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に一部負担金免除証明書の提出ができなかったため  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |

健康保険組合　理事長　殿

上記のとおり関係書類（罹災証明書・領収書（原本））を添えて一部負担金の還付を申請

します。

令和　　年　　月　　日

申請者

住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

氏　名

印

還付される一部負担金の振込先口座の情報をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 還付先金融機関 | 支店名 | 預金種類 | 口座番号 | | | | | | |
| 銀行・信金  農協・信組 | 支店  本店 | 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 銀行コード | 支店コード |
| 口座名義人 | フリガナ |  | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | |

（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のみです。