

健康保険組合からのお知らせ

—令和6年能登半島地震にて被災された皆様へ—

ジェイアールグループ健康保険組合

このたびの令和6年能登半島地震において被害にあわれた被保険者又は被扶養者の皆様方には、心よりお見舞い申し上げます。

今回の地震で被災された健康保険組合の被保険者及びその被扶養者の方には、次のような特例措置を講じていますので、お知らせいたします。

健康保険証がない場合でも、病院・診療所で受診できます。

医療機関等（「保険薬局」含む。以下同じ。）の窓口で健康保険証（被保険者証）を紛失・消失された旨申告すれば受診できるようになっています。

なお、健康保険組合では健康保険証（被保険者証）を紛失・消失された方でマイナ保険証をお持ちで無い方には資格確認書の交付を行っておりますので、勤務先にその旨申し出て下さい。

被災地にて被災をされた方は、医療機関等の窓口での自己負担額（原則3割部分）が「免除」されます。

以下に示す対象者の要件を満たす方（市町村に居住されている方で、一定以上の被災を受けた方）については、医療機関等の窓口でその旨を申し出ると、通常支払うこととなる自己負担額（以下「負担金等」という。）の支払いが「免除」となります。

また、本災害発生日以降に既に負担金等を支払っている場合は、当健保組合に申請していただくことにより、当該負担金等を還付いたします。

※令和7年1月1日以降の取扱いについては、健康保険一部負担金等申請書の提出が必要です。免除証明書を提示された方のみ、窓口での一部負担金等の支払いを猶予されます。

1. 対象者の要件

令和6年能登半島地震による災害発生時に2(1)に掲げる市町村に住所を有する（災害発生以降、適用市町村から他の市町村に転居した場合を含む）被保険者及び被扶養者で、かつ、2(2)の①～③の被災状況のいずれかに該当する者であること。

2. 適用となる市町村及び対象となる被災状況

(1) 適用となる市町村

令和6年能登半島地震に係る災害救助法（昭和22年法律第118号）の適用市町村

(2) 適用となる対象者

上記適用市町村に住所を有する（災害発生以降、適用市町村から他の市町村に転出した場合を含む）当健康保険組合の被保険者又は被扶養者で、令和6年能登半島地震による被災により、次の①～③のいずれかの状態となった被保険者及び被扶養者であること。

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状態

②主たる生計維持者が死亡し又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である状態

3. 実施期間

令和7年6月末日まで

4. 令和7年1月以降の取扱について

健康保険一部負担金等申請書の提出が必要です。免除証明書を提示された方のみ、窓口での一部負担金等の支払いを猶予されます。

- (1) 「健康保険一部負担金等申請書」(以下「免除申請書」という。)(別紙1)
免除対象者の方は、「免除申請書」・「罹災証明書(写し)」を提出(事業主経由)してください。
- (2) 「健康保険一部負担金等免除証明書」(以下「免除証明書」という。)(別紙2)
免除申請書を提出された方には後日、「免除証明書」を送付(事業主経由)します。

5. 一部負担金の還付申請について

- (1) 当健保では、医療機関等の確認により一部負担金等の猶予が、既に実施されておりますので、当健保への申請等については不要といたします。
- (2) 本災害発生日以降に既に負担金等を支払っている場合は、当健保組合に申請していただくことにより、当該負担金等を還付いたします。

【申請書類】

- ① 健康保険一部負担金等還付申請書(別紙3) ② 罹災証明書(写) ③ 領収書(写)
- 上記①～③を各事業主の事務担当者へ提出してください。

6. 一部負担金等の戻入について

免除対象者の方が、資格喪失及び標準報酬月額の変更により対象外となり、免除対象期間外に「免除証明書」等を使用した場合には一部負担金等を戻入していただくこととなります。

7. その他

- (1) 免除要件による認定番号(免除証明書証明日の右側斜め上に記載)について
令和6年能登半島地震による免除該当者 認定番号1000番以上を付与します。
- (2) 任意継続被保険者等となった場合について
令和7年1月1日以降、令和6年能登半島地震による免除該当者又は免除該当者であった方が、任意継続被保険者又は継続雇用等により健康保険被保険者等の記号又は番号が変更となった場合、JR健保へ電話等でご連絡下さい。
- (3) 「免除証明書」の紛失等について
下記の書類を事業主経由で当健保へ送付(FAXOCR不可)して下さい。
 - ① 返納することとなる「免除証明書」を紛失(滅失)している場合
「被保険者証滅失届1005」の上部余白に「免除証明書」と記載し届出して下さい。
 - ② 有効期限内に免除証明書を紛失(滅失)した場合
「資格確認書(再)交付申請書1004」の上部余白に「免除証明書」と記載し申請して下さい。
- (4) 対象外となった場合の「免除証明書」の返納について
令和7年1月1日以降で、資格喪失及び免除対象外となる方は「免除証明書」の返納をお願い致します。
「免除証明書」の返納は事業主経由で当健保へ送付して下さい。
(任意継続者は直接当健保へ送付して下さい。)

※万一、送付日以降に当健保の被保険者の資格又は被扶養者の資格を喪失した方については、「免除証明書」を当健保へ返送して下さい。

ご不明な点などございましたら、当健康保険組合までご連絡下さい。

健康保険一部負担金等免除申請書

被保険者氏名	男・女	被保険者等	記号	番号
--------	-----	-------	----	----

被扶養者氏名	男・女	被保険者と同居・別居	生年月日	S・H・R 年 月 日
被扶養者氏名	男・女	同居・別居	生年月日	S・H・R 年 月 日
被扶養者氏名	男・女	同居・別居	生年月日	S・H・R 年 月 日
被扶養者氏名	男・女	同居・別居	生年月日	S・H・R 年 月 日
被扶養者氏名	男・女	同居・別居	生年月日	S・H・R 年 月 日

免除申請をする理由	令和6能登半島地震により (該当する番号を○で囲む。1及び2の場合は、罹災証明書、3の場合は、該当者氏名を記載し、該当することが確認できる書類を添付し申請してください。ただし、4については、確認に必要な書類を受付け後に求めることとします。)
	<p>1 住宅が全半壊又は全半焼したため</p> <p>2 1に準ずる損害を負ったため</p> <p>3 主たる生計維持者が死亡又は重篤（全治1カ月以上）な傷病を負ったため (該当者氏名 _____)</p> <p>4 その他1～3に準じた事情があるため 事情 _____ _____ _____</p>

上記のとおり相違ありませんので、一部負担金等の免除を申請します。

ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿

申請年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

勤務箇所名 _____

申請者氏名 _____ 印 _____

連絡先電話番号 _____ (_____) _____

被災時の住所 _____ 都・道・府・県 _____ 市・町・村 _____

現在の住所又は居所（被災時と異なる場合記入）

〒 _____ 都・道・府・県 _____ 市・町・村 _____

健康保険一部負担金等還付申請書

被保険者氏名		被保険者等	記号	番号
--------	--	-------	----	----

還付申請内容の記入欄

受診者名	受診年月	医療機関等名称	医療機関等所在地 (都道府県名のみ)	窓口負担額の合計
	/			円
	/			円
	/			円
	/			円
	/			円
	/			円

●被災時住所

〒 _____
_____ 県 _____ 市・町・村

※当健保への住所変更届の未提出などにより、被災時住所の確認ができない場合は、確認に必要な書類の提出をお願いする場合があります。

●被災状況（該当する被災状況の番号に○を付してください）

- 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状態
②主たる生計維持者が死亡し又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である状態

【添付書類】 1. 罹災証明書(写) 2. 医療機関等の領収書(写)又は明細書(写)

以上のとおり相違ありませんので、一部負担金等の還付を申請します。

ジェイアールグループ健康保険組合理事長 殿

還付申請日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

被保険者氏名： _____ 印

連絡先電話番号： _____ (_____) _____

現住所 〒 _____ 都・道・府・県 _____ 市・町・村