

令和4年3月福島県沖を震源とする地震により被災された皆さまの
医療機関等の窓口における一部負担金の免除について

このたびの地震により、被害を受けられた皆さまには心よりお見舞い申し上げます。

ワールド健康保険組合では、以下免除対象者に該当する方につきまして、医療機関等の窓口で免除証明書を提示いただくことにより、窓口での一部負担金の支払いを免除いたします。免除証明書を希望される方は、一部負担金免除申請書に必要な書類を添えてワールド健康保険組合へご提出ください。

1. 免除対象者

令和4年3月福島県沖を震源とする地震に係る被災地域（災害救助法の適用市町村）に住所を有する方で、今回の災害を原因として下記①～④のいずれかに該当する方

- ① 住家が全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をした
- ② 主たる生計維持者が重篤な傷病を負った
- ③ 主たる生計維持者の行方が不明である
- ④ 被災者生活再建支援法に規定する長期避難世帯となったため

2. 免除内容

医療機関における診療、調剤および訪問看護に係る一部負担金

※入院時の食費などはお支払いいただく必要があります。

3. 免除期間

令和4年9月30日まで

4. 免除証明書の交付申請及び還付申請方法

■免除申請：上記1.に該当される方は「健康保険一部負担金免除申請書」及び添付書類（詳細は申請書に記載あり）を、直接ワールド健康保険組合へ送付してください。

■還付申請：免除認定者のうち、既に支払った一部負担金等がある場合は、その方からの申請により一部負担金を還付します。「健康保険一部負担金等還付申請書」に領収書原本と免除証明書写しを添えて、直接ワールド健康保険組合へ送付してください。

申請書送付および問い合わせ先

〒650-0046 神戸市中央区港島中町6-8-1 ワールド本社ビル1階

ワールド健康保険組合 給付担当 宛

TEL：078-302-8185

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	昭・平・令 . . .
被 扶 養 者	氏 名	男・女	生 年 月 日	昭・平・令 . . .
被 扶 養 者	氏 名	男・女	生 年 月 日	昭・平・令 . . .
被 扶 養 者	氏 名	男・女	生 年 月 日	昭・平・令 . . .
被 扶 養 者	氏 名	男・女	生 年 月 日	昭・平・令 . . .
免除を申請する理由 ※2ページ目をご確認の上、状況に応じた証明書類の添付をしてください。		令和4年福島県沖を震源とする地震により 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 被災者生活再建支援法に規定する長期避難世帯となったため		

※ 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次の空欄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）

住 所（居所）

氏 名

電話番号

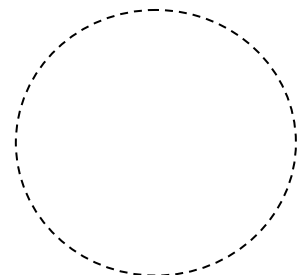
ワールド健康保険組合理事長 殿

【受付年月日】

【健康保険組合処理欄】

常務理事	事務長	課 長	担 当

事務処理	
該 当	非該 当
交付年月日	
年 月 日	



※ 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

住 所
電 話
氏 名
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した場合
罹災証明書の写し
※罹災証明書に、免除対象者の氏名の記載がない場合は、「運転免許証」「住民票」など、免除対象者の住所を確認できる書類の添付が必要となります。
- ② 主たる生計維持者が重篤な傷病を負った場合
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
- ③ 被保険者の行方が不明である場合 警察等に行方不明者に関する届出をしていることが確認できるものの写し
- ④ 被災者生活再建支援法に規定する長期避難世帯の指定を受けた場合 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

健康保険一部負担金等還付申請書

ワールド健康保険組合 理事長 殿

健康保険 被保険者証		被保険者 氏 名		被保険者 生年月日		
記号	番号	男	昭			
		女	平	年	月	日

療養を受けた者 氏 名		療養を受けた者 生年月日			続 柄		
	男						
	女	昭	平	令	年	月	日

療養を受けた 保険医療機関等 (複数の場合は1箇所を記入)	名 称					
	所 在 地					

療養を受けた期間	令和	年	月	日	～	令和	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 (複数の場合は、合計額を記入して下さい)		円
--	--	---

還付を申請する理由 (該当する番号に○を付けて下さい)

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

- 一部負担金等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
- 一部負担金等免除証明書の交付を受けることが遅れたため
- 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
(詳細を記入)

(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。

以上のとおり申請します。 また、以下の必要書類を添付いたします。

還付を申請する 際の必要書類	<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関領収書の原本
	<input checked="" type="checkbox"/> 免除証明書のコピー (又は免除申請がまだの場合は免除申請書)

令和 年 月 日
被保険者 住 所 (現在の居所)
〒 -

還付金の振込先口座について記入		
銀行名	支店名	
口座番号	種 類	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> ()
口座名義 カタカナ記入		

被保険者 氏名

電話番号 () -

【健康保険組合処理欄】

常務理事	事務長	課 長	担当者

支給結果	支給	不支給
支 給 日	R 年 月 日	
支 給 金 額	¥	

【受付年月日】

