

東日本大震災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(期間延長)

東日本大震災により、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、福島第一原発の事故に伴う警戒区域等の被災者にかかる、令和4年3月1日以降の医療機関等における窓口での一部負担金（※1）の免除措置につきましては次の区分に応じて取り扱いたします。

なお令和4年3月以降も医療機関等における窓口での一部負担金の免除措置の継続となる方へは、更新した免除証明書を送付しております。

対象区分	有効期限
現に帰還困難区域に指定されている区域の方	令和5年2月28日
次の区域の方であって上位所得層（※2）に該当しない方（※3） ・旧緊急時避難準備区域の方 ・特定避難勧奨地点の指定を受けていた方 ・旧帰還困難区域の方 ・旧居住制限区域の方 ・旧避難指示解除準備区域の方	令和5年2月28日

（※1）被保険者とその被扶養者が保険医療機関・保険薬局および指定訪問看護事業者で受けた療養にかかる一部負担金

（※2）上位所得層：事業主から受ける毎月の給料などの報酬の月額が53万円以上の被保険者

（※3）上位所得層から一般所得層（標準報酬月額50万円以下）に所得区分の改定が行われた場合は、改めて免除申請をしていただくことで所得区分の改定された月より免除措置の対象となり一部負担金が免除されます

【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



※ 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・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、家屋の全半壊又は全半焼を前提条件とする契約に係る書類の写し)
- ② 被保険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  
震災により行方不明となったことについての申請者の申立書及び次のいずれかの書類  
・法の規定に基づき、行方不明となったものの死亡推定の特例を適用し、支給決定された公的給付等(遺族補償年金等)の支給決定通知書の写し  
・行方不明であることを理由として災害弔慰金の支給等に関する法律に規定する災害弔慰金の支給を受けたことがわかる書類の写し  
・第三者(事業主、行方不明者の同僚)の証明書
- ④ 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ち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の写し
- ⑤ 被災者生活再建支援法に規定する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
- ⑥ 特定避難勧奨地域に特定され、避難している方  
特定避難勧奨地域に居住しており、避難していることが確認できる被災証明書の写し

# 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		男女 昭平	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	■医療機関領収書の原本
	■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 3"="" type="checkbox/&gt;( )&lt;/td&gt;&lt;/tr&gt;&lt;tr&gt;&lt;td&gt;口座名義&lt;br/&gt;カタカナで記入&lt;/td&gt;&lt;td colspan="/>	

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】

