

令和元年台風第 15 号の影響による停電に伴う災害により被害を受けられた皆さまへ

このたびの令和元年台風第 15 号の影響による停電に伴う災害により被害を受けられた皆さまに、心よりお見舞い申し上げます。

【1】医療機関等への受診について

保険証の紛失等により、医療機関等に提示できない場合でも、氏名、生年月日、連絡先（電話番号等）、事業所名等を医療機関等の窓口で申し立てることにより、受診できることになっています。

【2】保険証の再交付について

保険証を紛失された方には、再交付を行います。できるだけ速やかに再交付申請の手続きをしてください。

(70 歳以上の方で高齢受給者証を紛失された場合も再交付を行います。)

【3】一部負担金等の支払いの免除について

フジクラ健康保険組合では、今般の災害により甚大な被害を受けられた加入者の方につきまして、以下の手続きにより医療機関等の窓口における一部負担金等の支払いを免除いたします。

下記に該当する方は、「一部負担金等免除証明書」を医療機関等の窓口で提示することにより、医療保険の窓口負担（入院・入所時の食費・居住費等を除く）について支払いが不要となります。

(1) 対象となる方

令和元年台風第 15 号の影響による停電に伴う災害救助法の適用市町村に住所を有する被保険者又は被扶養者で、次のいずれかに該当する場合

- ① 住家の全半壊、全半焼、全流出をした方
- ② 主たる生計維持者が、療養に要する期間が概ね 1 ヶ月以上である重篤な傷病を負った方

(2) 手続き方法

以下の書類を健保組合にご提出ください。

- ① 「一部負担金等減免 免除 徴収猶予申請書」
- ② 罹災証明書（(1) ②に該当する場合は、医師の診断書）

(2) 免除期間

令和元年 12 月 31 日まで

減 額
一部負担金等 免 除 申請書
徴収猶予

被保険者証記号番号						
被保険者	氏名		生年月日		性別	
	住所					
減額等を 希望する 対象者	氏名		生年月日		性別	
	住所					
	傷 病 名					
	発病又は負傷年月日					
減免等を申請する理由						

上記のとおり申請いたします。

平成 年 月 日

フジクラ健康保険組合理事長 殿

被保険者 住 所
氏 名

印

備考

- 1 この用紙の大きさは、日本工業規格A列4番を標準とする。
- 2 必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。