

東日本大震災に係る福島県後期高齢者医療一部負担金の免除の概要

【免除対象となる給付の項目】

一部負担金、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、特別療養費について免除となります。

【免除の対象者】

特定被災区域内の被保険者及び特定被災区域からの転入者で、且つ次の要件のいずれかに該当する後期高齢者医療被保険者の方が対象となります。

- (1) 住家の全半壊、全半焼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方
- (4) 主たる生計維持者が業務を廃止し、又は休止した方
- (5) 主たる生計維持者が失職し、現在収入がない方
- (6) 原子力災害対策特別措置法の規定による、避難のための立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方
- (7) 原子力災害対策特別措置法の規定による、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地域となっている方
- (8) 特定避難勧奨地点(原子力災害対策特別措置法第17条第8項の規定により設置された原子力災害現地対策本部の長が、事故発生後1年間の積算線量が20mSvを超えると推定されるとして特定した住居をいう。以下同じ。)に居住しているため、避難を行っている方
- (9) その他上記第1号から第8号までに準ずる者として認められた方

【免除の期間】

免除の期間は、(1)から(5)までは平成23年3月11日から、
(6)(7)については避難指示又は区域の指示があった日から
(8)については特定避難勧奨地点として特定した旨の通知日から
それぞれ平成24年2月29日までとなります。

ただし、(3)に該当する場合は、平成24年2月29日までの間で主たる生計維持者の行方が明らかとなるまで。

(6)～(8)に該当する方で平成24年2月29日までに避難指示又は区域指示、若しくは特定避難勧奨地点の指示が解除された場合は免除期間を別に定めます。

既に、屋内への退避に係る内閣総理大臣の指示が平成23年4月22日に解除された

地域については、免除の期間を平成23年6月30日までとします。

なお、入院時食事療養費及び入院時生活療養費については、免除期間が平成23年8月31日までとなります。

【申請】

免除の要件に該当する方で平成23年7月1日以降も継続して免除を受けたい方は、後期高齢者医療一部負担金免除申請書に次の書類を添えて市町村の窓口へ提出してください。

必要な添付書類については、申請書の裏面をご覧ください。

- (1) 被災証明書、被災証明書等
- (2) 死亡診断書、死体検案書、医師の診断書、医師による証明書等
- (3) 警察等への行方不明に係る届出等
- (4) 廃業届、異動届の写し等
- (5) 離職証明書、解雇通知、収入状況等申告書等
- (6) その他申請理由を証明する資料(被災の状況あるいは収入が減少したことの説明資料等)

(免除証明書)

申請を行い免除の対象となる方には、後期高齢者医療一部負担金免除証明書が交付されます。

免除証明書の交付を受けた方は、保険医療機関等の窓口で被保険者証に添えて、免除証明書を提示してください。

(医療機関窓口での一部負担金の支払猶予)

「広野町、檜葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、飯館村」に住所を有する免除の対象者は、平成24年2月29日まで一部負担金の支払を猶予とし、当面の間、被保険者証を提示すれば免除となります。

「田村市、南相馬市」の免除の対象者は、平成23年7月31日までの期間で証明書の交付が完了するまでの間、一部負担金等の支払が猶予となります。

(既に支払った一部負担金等の還付)

医療機関等に免除期間中、一部負担金等を支払った場合は、後期高齢者医療一部負担金等還付申請書に、領収書又は支払額を確認できる書類を添付し、市町村の窓口へ提出

してください。

金額の確定後、口座振込みにより還付されます。

なお、原子力発電所による避難指示等で免除対象となる方の還付の対象は、原則、以下の月日からとなります。

福島第1原子力発電所から半径10km圏内の地域・・・平成23年3月11日
福島第1原子力発電所から半径10～20km圏内の地域・・・平成23年3月12日
福島第2原子力発電所から半径10km圏内の地域・・・平成23年3月12日
福島第1原子力発電所から半径20～30km圏内の地域・・・平成23年3月15日
計画的避難区域、緊急時避難準備区域の指示の対象地域・・・平成23年4月22日
特定避難勧奨地点・・・特定避難勧奨地点として特定された通知日

後期高齢者医療一部負担金等免除申請書(東日本大震災用)

届出者氏名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号									
被 保 険 者	フリガナ 氏名								
	住所	〒							
	生年月日	M・T・S	年	月	日生	性別	男・女		
減免等の内容		免除							

(免除を申請する理由) 該当する番号を で囲んでください。

東日本大震災により、後期高齢者医療の被保険者が以下の事由のいずれかに該当したため。

- 1 住家の全半壊、全半焼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方。
- 4 主たる生計維持者が業務を廃止し、又は休止した方。
- 5 主たる生計維持者が失職し、現在収入がない方。
- 6 原子力災害対策特別措置法第15条第3項の規定による、避難のための立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た方。
- 7 原子力災害対策特別措置法第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地域となっている方。
- 8 特定避難勧奨地点(原子力災害対策特別措置法第17条第8項の規定により設置された原子力災害現地対策本部の長が、事故発生後1年間の積算線量が20mSvを超えると推定されるとして特定した住居をいう。)に居住しているため、避難を行っている方。
- 9 1～5に準ずる理由()
- 10 6～8に準ずる理由()

福島県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、証明書類を添えて、後期高齢者医療一部負担金の免除を申請します。

平成 年 月 日

申請者 氏名

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。

証明書類の添付 ができない理由	
<p>福島県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>申請者の申立てが正しいことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>氏 名 印 申請者との関係</p>	

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。

住家が全半壊・全半焼の被災をした場合

り災証明書、被災証明書等

主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負った場合

イ 主たる生計維持者が死亡した場合

り災証明書、被災証明書等

にその旨の記載がない場合は、死亡診断書

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死亡証明書

警察の発行する死体検案書

ロ 主たる生計維持者が重篤な傷病を負った場合

医師の診断書

主たる生計維持者の行方が不明である場合

警察に行方不明に係る届出をしていることが確認出来るもの

公的給付等の支給決定通知書の写し

災害弔慰金の支給を受けたことが分かる書類の写し

主たる生計維持者が業務を廃止し、若しくは休止し、又は失業し、現在収入がない場合

公的に交付される書類であって、事実の確認が可能なもの

主たる生計維持者による申立書及び事業主等による証明書（公的に発行される書類による
確認が困難な場合に限る。）

避難のための立退き若しく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若しくは退避を行っている場合、又は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地域となっている場合

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

（後期高齢者医療広域連合において対象地域に住所を有していたことが確認できる場合は書類の添付を要しない。）

特定避難勧奨地点に居住しているため、避難を行っている場合

被災証明書

（裏面）

様式第6号(第10条関係)

後期高齢者医療
一部負担金等還付申請書

フリガナ 届出者名		フリガナ 被保険者氏名	
本人との関係		生年月日	年 月 日
連絡先電話番号		被保険者番号	

保険医療機関等の名称		療養期間	平成 年 月 日 から
保険医療機関等の所在地			平成 年 月 日 まで
区 分	入院・外来・その他	支払額	円
保険医療機関等の名称		療養期間	平成 年 月 日 から
保険医療機関等の所在地			平成 年 月 日 まで
区 分	入院・外来・その他	支払額	円
保険医療機関等の名称		療養期間	平成 年 月 日 から
保険医療機関等の所在地			平成 年 月 日 まで
区 分	入院・外来・その他	支払額	円

(還付を申請する理由) 申請者において該当する番号を で囲んでください。
東日本大震災により、後期高齢者医療の被保険者が以下の事由のいずれかに該当したため。
1 平成23年6月30日以前に療養を受けた際、免除の要件に該当していたが一部負担金等を既に支払ったため
2 一部負担金等の免除が受けられることを知らなかったため
3 免除証明書の交付を受けることが遅れたため
4 その他やむをえない理由で、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
()

保険医療機関等に支払った 一部負担金等の合計額 (還付対象額を記入する。)		審査認定額	
		還付決定金額	

振 込 先	銀行	本店	普通	口座番号	
	信用金庫	支店	当座	(フリガナ)	
	信用組合	出張所	()	口座名義人	
	協同組合				

福島県後期高齢者医療広域連合長 様
上記のとおり、後期高齢者医療一部負担金等に係る証明書類(領収書)を添えて還付を申請します。
年 月 日 申請者 氏 名 _____

委任欄
年 月 日 委任者 住 所 _____
氏 名 _____
私(申請者)は本申請に基づく還付に関する受領を下記代理人に委任します。
代理人 住 所 _____
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並びに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。

参考様式

収入状況等申告書

平成 年 月 日

福島県後期高齢者医療広域連合長

世帯全員の収入、資産等の状況は、下記のとおり相違ないことを申告します。

また、下記の申告内容について確認が必要な場合には、税務部局、金融機関その他関係機関に必要な照会をすることに同意します。

申請者氏名	
被保険者氏名	
被保険者番号	

1 被保険者を含む世帯全員の収入状況等（1月～12月迄の見込み）

氏名	続柄	年齢	職業または 勤務先等	収入の種類	収入金額	所得金額

全ての収入額を記載して下さい（雇用保険法に基づく給付額、遺族年金、恩給、障害手当金、共済金等も含みます）。

2 住居の状況

ア 持家（家屋 m^2 ・坪、土地 m^2 ・坪）
イ 借家・アパート（家賃1ヶ月 円）

3 預貯金等

種類	金額	備考

4 居住用以外の資産及び動産の状況

区分	種類及び用途
土地	
家屋	
金融資産	
自動車等	
その他	

5 負債の状況

借入目的	借入先	借入金額	返済期限	返済月額

6 保険の加入状況

種類	契約会社名	掛金月額	備考

7 その他

--