

健康保険組合からのお知らせ

—令和 8 年熊本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 8 年熊本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。

マイナ保険証・資格確認書がない場合でも、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。）の窓口でマイナ保険証・資格確認書を紛失・消失された旨申告すれば受診できることになっています。

また、健康保険組合では資格確認書を紛失・消失された方への再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。（マイナンバーカードを紛失・消失された方は市町村の窓口へ再交付手続きをお願いします。）

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。（別紙 1）

1. 対象者の要件

令和 8 年熊本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 8 年熊本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 8 年熊本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 8 年 11 月末日まで

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。

【お問合せ先】ジェイアールグループ健康保険組合 健保事務センター TEL：03 - 5334 - 1029

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	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