

協発第110608-02号
平成23年6月8日

社団法人 日本医師会会長 殿

全国健康保険協会理事長



東日本大震災に対する健康保険一部負担金等免除証明書と
健康保険関係事項証明書の発行について

日頃から当協会の事業運営にご理解、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

今般、東日本大震災により被災した当協会の加入者の方々が保険医療機関、保険薬局で診療等を受けた際に支払う一部負担金等の免除を行うこととし、加入者の方々からの申請により、「健康保険一部負担金等免除証明書」(別添1)を発行することといたしました。

また、現在も、健康保険被保険者証を所持していない加入者の方々が多数いらっしゃることから、なお引き続き「健康保険関係事項証明書」(別添2)を発行することといたしました。

本取扱いにつきまして、貴会会員に対しての周知方、特段のご配慮をよろしくお願い申し上げます。

《全国健康保険協会が発行する証明書》

1. 健康保険一部負担金等免除証明書

- ① 協会管掌健康保険の被保険者もしくは被扶養者(以下「加入者」といいます。)の申請により、受付を行った支部の支部長名で発行いたします。
- ② 健康保険一部負担金等免除証明書の有効期限は、一部負担金は、平成24年2月29日までです。
また、入院時の食事療養及び生活療養に係る標準負担額は、厚生労働大臣が定める日までとされております。この厚生労働大臣が定める日は、平成23年8月31日が予定されておりますが、状況によっては延長されることがあります。
- ③ 加入者は保険医療機関、保険薬局の窓口で、健康保険一部負担金等免除証明書を健康保険被保険者証(または、年金事務所が発行する健康保

険被保険者資格証明書ないし当協会が発行する健康保険関係事項証明書)に添えて提示する。

- ④ 健康保険一部負担金等免除証明書の免除有効期限の始期については、平成23年7月1日以降としておりますが、平成23年6月中に証明書を提示された方については、一部負担金の支払い猶予と同様に取り扱うようご配慮願います。

2. 健康保険関係事項証明書

- ① 協会管掌健康保険の加入者の申請により、受付を行った支部の支部長名で発行いたします。
- ② 健康保険関係事項証明書の有効期限は、当該申請書受付日より概ね1か月とします。
- ③ 健康保険関係事項証明書を保険医療機関、保険薬局へ持参した場合、健康保険被保険者証と同様の取扱をお願いいたします。

健康保険一部負担金等免除証明書

保険者番号		保険者名称		全国健康保険協会	支部
被保険者証		記号	番号		
被保険者	氏名	生年月日			
	住所				
免除認定者	氏名	生年月日			
	住所				
特例の内容及び有効期限		<input type="radio"/> 一部負担金の免除 (平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで) <input type="radio"/> 入院時の食事療養及び生活療養に係る標準負担額の免除 (平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで)			

上記のとおり証明する。

平成 年 月 日

〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇〇市 〇〇〇 〇〇〇

全国健康保険協会 支部長



(注意事項)

この証明書は、東日本大震災により被災した被保険者等が保険医療機関等で診療等を受けた際に支払う一部負担金等の免除措置を受けられることを証明するものです。

また、この証明書の使用にあたり、以下の事項に留意してください。

1. この証明書の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保管してください。
2. 保険医療機関等の窓口で、この証明書を被保険者証等に添えて提出してください。
3. 被保険者の資格がなくなったとき、被扶養者でなくなったとき又はこの証の有効期限に至ったときには、直ちにこの証明書を保険者に返してください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。
4. この証明書の記載事項に変更があったときは、速やかにこの証明書を協会けんぽに提出して訂正を受けてください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。
5. 不正にこの証明書を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。

被保険者証の記号番号や資格取得年月日など、
ご不明な箇所は省略ください。

申請年月日 平成23年 月 日

健康保険関係事項証明書交付申請書

当証明書は、東北地方太平洋沖地震及び長野県北部の地震に伴い、健康保険証の再交付を申請することが困難な方に対して、全国健康保険協会が交付しているものです。

協会支部	支部	被保険者証	記号：	番号：
被保険者	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生
	氏名			
	資格取得年月日	年 月 日	性別	男・女
被扶養者	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生
	氏名			
	被扶養者となった日	年 月 日	性別	男・女
	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生
	氏名			
	被扶養者となった日	年 月 日	性別	男・女
	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生
	氏名			
	被扶養者となった日	年 月 日	性別	男・女
	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生
	氏名			
	被扶養者となった日	年 月 日	性別	男・女

上記の被保険者（被扶養者）資格を証明願います。

住所

氏名

印

事業所（会社）の名称

※自筆の場合、印は省略できます。

全国健康保険協会

支部長殿

証明年月日 平成23年 月 日

健康保険関係事項証明書

上記の被保険者（被扶養者）は、現に全国健康保険協会が管掌する健康保険の被保険者（被扶養者）の資格を有することを証明します。

全国健康保険協会

支部長 印

保険者	番号	
	名称	全国健康保険協会 支部
	所在地	
証明書有効期限	平成 年 月 日まで	

(高齢受給者証の発行がある場合の一部負担金の割合)	
---------------------------	--

＜医療機関等へのお願い＞ 当証明書を持参した場合は、被保険者証と同様に取り扱っていただきますようお願いします。