

令和 8 年熊本地震に伴う災害より被災された皆様方には、心よりお見舞い申し上げます。

住商連合健康保険組合では、災害救助法の適用に伴い、今回の災害による医療機関の受診について一部負担金の免除の措置を下記の通り行います。

下記の要件に該当する方は、申請書に必要書類を添付のうえ、当健保組合へご提出ください。

記

(1) 対象者

令和 8 年熊本地震にかかる災害救助法適用地域(別紙 1)にお住まいで、住居が全半壊した方

(2) 免除される窓口負担について

免除の対象となるのは、医療機関における健康保険が適用される診療、調剤等の一部負担金です。

以下については免除対象外となります。

- ・入院時食事療養費、入院時生活療養費にかかる標準負担額
- ・療養費(治療用装具代・柔道整復・はりきゅうなど)
- ・健康保険に該当しない費用

(3) 免除期間

令和 8 年 7 月 28 日から令和 8 年 11 月 30 日受診分まで

(4) 免除を受けるには

「健康保険 一部負担金等免除申請書」(様式 1)に罹災証明書の写しを添付して当健保組合にご提出ください。

(5) 一部負担金等の還付申請について

証明書が発行される前に一部負担金等を支払っている場合には還付申請が可能です。「健康保険 一部負担金等還付申請書」(様式 2)に以下添付書類を添えて申請してください。

添付書類

- ・保険医療機関等が発行した領収書または一部負担金などの金額が確認できる書類の原本
- ・罹災証明書の写し

(6) 医療機関への受診について

災害の被災に伴い被保険者証を紛失され、医療機関等に提示できない場合においては、「氏名」「生年月日」「連絡先」「事業所名」を申し立てることにより、受診できることとなっております。

(7) 資格確認書の再発行について

資格確認書を紛失された場合には、再発行いたしますので、出来るだけ速やかに「健康保険 資格確認書(再) 交付申請書」をご提出ください。

ご不明な点がございましたら、当健保組合までお問い合わせください。

【問い合わせ先】

TEL.06-6222-6166(受付時間 9:00～17:00 / 土日祝除く)



令和 8 年 7 月 28 日
内閣府政策統括官（防災担当）

令和 8 年熊本地震に係る災害救助法の適用について

標記について、以下のとおり災害救助法が適用されましたのでお知らせします。

○災害救助法施行令第 1 条第 1 項第 4 号適用

令和 8 年熊本地震により、多数の者が生命又は身体に危害を受け、又は受けるおそれが生じていることから、熊本県の 10 市 10 町 1 村に災害救助法の適用を決定した。

法適用市町村		法適用日 (公示日)
熊本県 (10 市 10 町 1 村)	熊本市 (くもとし)、八代市 (やつしろし)、水俣市 (みなまし)、山鹿市 (やまがし)、菊池市 (きくちし)、宇土市 (うとし)、上天草市 (かみあまくさし)、宇城市 (うまし)、天草市 (あまくさし)、合志市 (ごうし)、下益城郡美里町 (しもましきぐんみさとまち)、菊池郡大津町 (きくちぐんおおづまち)、菊池郡菊陽町 (きくちぐんきようまち)、阿蘇郡西原村 (あそぐんにしはらむら)、上益城郡御船町 (かみましきぐんみふねまち)、上益城郡嘉島町 (かみましきぐんかしままち)、上益城郡益城町 (かみましきぐんましきまち)、上益城郡甲佐町 (かみましきぐんこうさまち)、八代郡氷川町 (やつしろぐんひかわちよう)、葦北郡芦北町 (あしきたぐんあしきたまち)、葦北郡津奈木町 (あしきたぐんつなぎまち)	7 月 28 日 (7 月 28 日)

【参考】災害救助法の概要 https://www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisyagyousei/pdf/saigaikyujou_gaiyou.pdf

本件問合せ先

内閣府政策統括官（防災担当）付

参事官（被災者生活再建担当）付

藤田、光井、増田、阿部、中村、石川、打矢、渡部

TEL 03-3503-9394（直通）

常 務	事務長	課長	係

健康保険一部負担金等免除申請書

様式 1

被 保 険 者 証		記 号		番 号	
被 保 険 者	氏 名			生年月日	昭・平 . .
一部負担金免除申請者					
氏 名		生 年 月 日			続柄
		昭・平・令 . .			
		昭・平・令 . .			
		昭・平・令 . .			
		昭・平・令 . .			
		昭・平・令 . .			
免除を申請する理由		令和 8 年熊本地震により 災害救助法適用市町村に指定され、 住居が全半壊したため			

以上申請します。
令和 年 月 日

申請者
住 所
氏 名

住商連合健康保険組合理事長殿

※ 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 〇〇〇〇の申立が正しいことを証明します。

令和 年 月 日

住所

氏 名

印

申請者との関係

住商連合健康保険組合理事長殿

● 申請する際、以下の書類を添付してください。

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、家屋の全半壊若しくは全半焼を前提条件とする契約に係る書類）

常 務	事務長	係

健康保険一部負担金等還付申請書

様式 2

被保険者証	記 号		番 号	
被 保 険 者	氏 名			昭・平 . .
	住 所			
療 養 を 受 け た 者	氏 名		生年月日	昭・平・令 . .
療養を受けた 保険医療機関等	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		円		
還付を申請する理由（該当する番号に○を付けて下さい）				
1 7月28日以降に療養を受けた際、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等が受けられることを知らなかったため 3 一部負担金等免除証明書の交付が遅れたため 4 一部負担金等の免除申請をすることができなかったため 5 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 ()				

（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のみです。

振 込 先（被保険者本人名義の口座を記入してください）

銀行コード					銀行名						
支店コード					支店名						
種目	普通 ・ 当座				口座番号						
口座名義											

以上申請します。

令和 年 月 日

申請者

住 所

氏 名

印

住商連合健康保険組合理事長 殿