

## 国民健康保険の一部負担金の還付について

令和6年度能登半島地震により、下記の減免対象となる被災された方で、医療機関等の窓口で一部負担金を支払った場合、申請により一部負担金等が還付されます。

### 【減免対象となる方】

- 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方
- ②主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負われた方
- ③主たる生計維持者の行方が不明である方
- ④被災により主たる生計維持者が業務を廃止し、若しくは休止し、又は失職し、現在収入がない方

### 【申請に必要なもの】

- 1. 国民健康保険一部負担金還付申請書
- 2. 領収書または振込受領書の原本（領収書原本は後日お返しします。）
- 3. 下記いずれかのコピー

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方	罹災証明書
②主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負われた方	イ 主たる生計維持者が死亡した場合 I 死亡診断書 II Iのみでは判断できない場合は、併せて死亡診断書に準じる医師による証明書 III 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
③主たる生計維持者の行方が不明である方	警察に行方不明者に係る届出をしていることが確認できるもの
④被災により主たる生計維持者が業務を廃止し、若しくは休止し、又は失職し、現在収入がない方	I 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 II 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)

理事長	常務理事	事務長	係

国民健康保険一部負担金還付申請書

被保険者証記号番号		石医 ー			
組 合 員	フリガナ 氏 名		生年月日	昭・平・令 . .	
	電話番号				
	住 所	〒			
療養を受けた者	フリガナ 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				
療養に対し支払った一部負担金の額					円

(あて先) 石川県医師国民健康保険組合理事長

上記のとおり関係書類を添えて一部負担金の還付を申請します。

令和 年 月 日

申請者(組合員) 署名  
氏 名

還付される一部負担金の振込先口座の情報をご記入ください。

還付先金融機関	支店名	預金種類	口座番号
銀行・信金 農協・信組	支店 本店	普通・当座	
銀行コード	支店コード		
口座名義人	フリガナ		
	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のみです。