

## 健康保険一部負担金等免除申請書

被保険者証	記号		事業所名		
	番号		所属	(ポストNo )	
被保険者 (申請者)	氏名		男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所 (居所)				TEL( ) - (内線 )
免除を申請する理由 … ( )内は、いずれかに○をつけてください。 1. 住家が ( 全壊 ・ 半壊 ) した。 …その住家は ( 自家 ・ 借家 )  2. 概ね1ヵ月以上の療養を要する傷病を負った。 …発病又は負傷年月日 (令和 年 月 日)					
免 除 を 申 請 す る 被 保 険 者 及 び 被 扶 養 者					
	氏名	性別	生年月日	続柄	申請理由2. の場合、傷病名
被 保 険 者		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	本人	
被 扶 養 者		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		
被 扶 養 者		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		
被 扶 養 者		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		
被 扶 養 者		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		

**【記入上の注意】**

- ・住所(居所)欄は、交付する証明書の送付先になりますので、郵便物の受け取れる住所を記入してください。
- ・照会させていただく場合がありますので、電話番号は携帯番号等連絡可能な番号をご記入ください。

**【添付書類】**

- ・申請理由1. の場合:「り災証明書」(申請する方の氏名が記載してあること。写し可)  
 ※「り災証明書」に申請者の記載がない場合、住所を判断できるもの  
 (運転免許証(写し)、住民票記載事項証明など)
- ・申請理由2. の場合:「診断書」(災害が原因であり、概ね1ヵ月以上の療養を要することがわかること)

交付日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	係
有効期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日			

受 付 印