

健康保険一部負担金等免除申請書

被 保 険 者 証		記 号		番 号	
被 保 険 者	氏 名	男・女		生年月日	
被 扶 養 者	氏 名	男・女		生年月日	
被 扶 養 者	氏 名	男・女		生年月日	
被 扶 養 者	氏 名	男・女		生年月日	
被 扶 養 者	氏 名	男・女		生年月日	
被 扶 養 者	氏 名	男・女		生年月日	
免除を申請する理由					

※ 申請書の欄には被保険者及び免除対象となる被扶養者を記入して下さい。
 被保険者が免除対象者とならない場合は次の空欄をチェックして下さい。……………□

下記の対応をご希望の方はチェック欄にチェックして下さい。

- ☐ マイナ保険証（マイナンバーカード）を紛失した場合の資格確認書発行
☐ 資格確認書を紛失した場合の再発行（手数料は免除）
☐ 任意継続保険者の健康保険料納期限の延長及び納付猶予

以上申請します。

令和 年 月 日

申請者 （被保険者又は被扶養者）

住 所（居所）

氏 名

印

ダイキン工業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

ダイキン工業健康保険組合理事長 殿

● 申請する際、被保険者証を提出するとともに必要に応じて、以下の書類を添付してください。

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）