

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

