

理事長代理	事務長	室 長	担 当

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	
申 請 対 象 者						
氏 名	男・女		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
氏 名	男・女		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
氏 名	男・女		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
氏 名	男・女		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
氏 名	男・女		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
氏 名	男・女		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
免除を申請する理由 (該当の項目を○囲みして 下さい)		1 住家が全半壊(床上浸水以上)したため 2 被保険者が行方不明又は重篤な傷病を負ったため 3 その他1～2に準じた事情があるため				
(各申請理由に応じ た証明書類が必要 となります。 (裏面参照))						
※申請対象者の欄には、免除対象の申請をする被保険者及び被扶養者を記入して下さい。 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						
事業主証明		事業主(事業主代理人)氏名 令和 年 月 日 (担当者: ㊞)				
健保記入欄						(受付印)

《健康保険一部負担金等免除申請書 裏面》

※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下さい。

証明書類が添付できない理由	
住家の被害状況	

●添付書類（申請に当たっては次の書類を添付して下さい）

① 住家が全半壊若しくは床上浸水した場合

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、浸水被害であればその程度を写した写真の添付)

② 被保険者が行方不明又は重篤な傷病を負ったため

警察等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

罹災により、一ヶ月以上の治療を要すると認められる旨を記載した医師の診断書等の写し