

健 保 組 合			事業所担当者の確認印
常務理事	グループ長	担当者	
			日付印

健康保険 一部負担金等 免除申請書

被保険者証		記号	番号	昭和 平成	年	月	日
被保険者	氏名	男・女	生年月日				

免除申請の対象者	被保険者	氏名	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被扶養者	氏名	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被扶養者	氏名	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被扶養者	氏名	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被扶養者	氏名	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日

免除を申請する理由

「災害救助法」適用の災害により、

1. 住家が全半壊、全半焼、床上浸水をしたため
2. 主たる生計維持者(被保険者)の行方不明または重篤な傷病を負った(入院等)ため
3. その他、上記1～2に準じた事情のため ()

【注意事項】

1. 次に記載する一部負担金等は免除の対象外です。
 - ① 入院時の食事療養標準負担額、生活療養標準負担額
 - ② 柔道整復師、あん摩マッサージ、鍼灸師による施術等その他の療養費
2. 免除対象者は、災害救助法の適用市町村に住所を有する被保険者または被扶養者です。
3. 免除を申請する理由が確認できる書類を、必ず添付してください。

理由1・・・罹災証明書の写し(床上浸水は、浸水の程度が確認できる写真でも可)

理由2～3・・・行方不明者届受理証明書等の申請理由が確認できる書類の写し

↓事前に添付できない場合は、理由をご記入ください。その場合、書類が入手でき次第、速やかにご提出ください。

事前に添付できない理由	
-------------	--

上記の通り申請致します。

平成 年 月 日

申請者(被保険者または被扶養者)

(住所)

(氏名)

㊞

新日鐵住金健康保険組合理事長 殿