

健康保険一部負担金等免除申請書

被保険者証	記号		番号	
事業所名 (所属部署名)	(電話番号) - - .			
被保険者・氏名		男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日

免除対象者 (該当番号「ア」「イ」に○をして下さい)	ア	被保険者(本人)分				
	イ	被扶養者 氏名		男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
		被扶養者 氏名		男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
		被扶養者 氏名		男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
		被扶養者 氏名		男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
		被扶養者 氏名		男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
免除の申請理由に ○をしてください	1 住家が全半壊、全半焼又はこれに準ずる被災をしたため 2 主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病を負ったため 3 主たる生計維持者の行方が不明のため					

以上申請します。

令和 年 月 日

申請者 (被保険者または被扶養者)

被災時住所 〒

氏 名

印

電話番号

日本年金機構健康保険組合理事長 殿

※ ご提出の際の注意事項および免除を申請する理由に応じて証明書類が必要です。

詳しくは裏面をご覧ください。

