

健康保険一部負担金等免除申請書

被保険者	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

(該当番号「ア」「イ」に○をして下さい) 免除対象者	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

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。

※ ご照会を差し上げる場合がありますので、電話番号は携帯電話等日中に連絡可能な番号をご記入ください。

- 申請する際、免除を申請する理由により、以下の書類を添付してください。

罹災証明書の写し

※長期避難世帯の場合は、長期避難世帯に該当する旨の証明書の写し

死亡診断書の写し又は警察の発行する死体検案書の写し

罹災により 1 カ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の写し

警察に行方不明者に関する届出をしていることが確認できるものの写し