

健康保険一部負担金等免除申請書

被 保 険 者 記 入 欄		所属長印	健保組合	
所属コード	所属 本店・本部 支社 会社		課・G 営業部	取 扱

下記のとおり申請します。

健保区分 に○印	一般・任継・特退	申請日 (記入日)	平成 年 月 日
-------------	----------	--------------	----------

健保番号	記 号			番 号			被保険者 氏 名	(印)
	〒	-		都 道 府 県				
被災時の 住 所	〒	-		都 道 府 県				
現 在 の 住 所	〒	-		都 道 府 県				
日中連絡先	TEL () -							

◆免除申請対象者<被保険者について免除申請をする場合にご記入ください>

被 保 険 者	氏 名	被保険者との続柄	性 別	生年月日
		本人	男・女	昭和・平成 年 月 日

◆被扶養者免除申請<被扶養者について免除申請する場合にご記入ください>

被 扶 養 者	氏 名	被保険者との続柄	性 別	生年月日
			男・女	昭和・平成 年 月 日
			男・女	昭和・平成 年 月 日
			男・女	昭和・平成 年 月 日
			男・女	昭和・平成 年 月 日

◆免除申請添付書類

避難指示等の対象区域に住所を有していたことが分かるもの
(罹災(被災)証明書の写し)