

健康保険 一部負担金等【免除】

記入例

【提出先】 所属先の事業所 又は 直接健康保険組合宛

本申請書の提出を事業主へ委任します ※委任（事業所経由で提出）する場合は口に入力してください。

被保険者証の 記号・番号	〇〇〇〇 — 〇〇〇〇	事業所 名称	〇〇〇〇(株) 〇〇〇〇〇支店
被保険者 氏名	〇〇 〇〇〇	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	平成	<input type="radio"/>
住所 (〒 〇〇〇 — 〇〇〇〇)	〇〇 都道府県 〇〇郡〇〇〇町〇〇番〇〇号		

免除を希望する 対象者氏名 免除対象要件 災害救助法が適用された市町村に住所を有する被保険者及び被扶養者 (災害発生以降、対象外地域に転入した場合を含む)	被保険者 (本人)	〇〇 〇〇〇	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	続柄	本人	生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	平成	<input type="radio"/>
	被扶養者 (家族)	〇〇 〇〇	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	続柄	妻	生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	令和	<input checked="" type="radio"/>
	被扶養者 (家族)		性別	男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	続柄		生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	令和	<input type="radio"/>
	被扶養者 (家族)		性別	男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	続柄		生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	令和	<input type="radio"/>
	被扶養者 (家族)		性別	男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	続柄		生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	令和	<input type="radio"/>

免除を申請する理由

令和 〇〇 年 〇 月 〇 日発生(以降)の 〇〇〇〇〇地震 により、

① 住家の全半壊、全半焼、床上浸水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し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であるため

④ 主たる生計維持者が業務を廃止し、又は休止した場合

⑤ 主たる生計維持者が失職し、現在収入がない場合

⑥ 東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う帰還困難区域等及び上位所得層を除く旧避難指示区域等に該当するため

添付書類

*上記申請理由と同じ番号の書類を添付してください

① 罹災証明書・被災証明書の写し

② 死亡診断書・埋葬許可証の写し、医師による傷病の確認ができるもの

③ 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

④ 廃業・休止したことが確認できるもの

⑤ 失業・無収入が確認できるもの

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

森永健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり申請いたします。

事業所経由で提出された場合は事業所担当者の氏名

〇〇 〇〇

健保受付印

申請者(被保険者又は被扶養者)

住所(現在の居所) 〇〇 都道府県 〇〇郡〇〇〇町〇〇番〇〇号

T E L 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

氏名 〇〇 〇〇〇

事業所の担当者は必ず氏名を記入してください。

常務理

免除証明書交付年月日	交付枚数
令和	枚