

# 健康保険 一部負担金等【免除】申請書

【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✓を入れてください。

被保険者証の 記号・番号	—	事業所 名称	
被保険者 氏名	男 女	生年月日	昭和 平成 年 月 日
被災した自宅 住所を記入し てください。	住所 (〒 — ) 都 道 府 県		
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)	男 女	続柄 生年月日 昭和 平成 年 月 日
	被扶養者 (家族)	男 女	続柄 生年月日 昭和 令和 平成 年 月 日
	被扶養者 (家族)	男 女	続柄 生年月日 昭和 令和 平成 年 月 日
	被扶養者 (家族)	男 女	続柄 生年月日 昭和 令和 平成 年 月 日
	被扶養者 (家族)	男 女	続柄 生年月日 昭和 令和 平成 年 月 日
免除を申請する理由 (該当する番号に ○をつけてください)	令和 年 月 日発生(以降)の により、		
※「東日本大震災」の 対象要件は⑥に 該当する場合のみ です	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  ※上記の申請理由が ⑥の場合、添付書 類は①を提出して ください	*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 年 月 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。

申請者(被保険者又は被扶養者)

住所  
(現在の居所)

都 道 府 県

T E L ( )

氏 名

事業所経由で提出された  
場合は事業所担当者  
の氏 名

健保受付印

免除証明書交付年月日	交付枚数
令和	枚

常務理事	事務長	担当者