

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	被保険者（本人）分					
	ア 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
		○をしてください 免除の申請理由に	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（被保険者又は被扶養者）

被災時住所 〒

氏 名

電話番号

印

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。

- 「被災時住所」欄には、災害発生時の住所をご記入ください。
- 免除証明書の送付先を「被災時住所」以外とする場合は次にご記入ください。
(転居先、避難先、お勤め先等へ送付を希望される場合)

証明書送付先 ※「被災時住所」と同じ場合は記入不要	〒 電話番号(- - -) 都道府県 (様方)
------------------------------	-----------------------------------

※ 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。
- ① 住家が全半壊、全半焼又はこれに準ずる被災をした場合
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
 - ② 主たる生計維持者が死亡した場合
死亡診断書の写し又は警察の発行する死体検査書の写し
 - ③ 主たる生計維持者が重篤な傷病を負った場合
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
 - ④ 主たる生計維持者の行方が不明である場合
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