

健康保険一部負担金等免除申請書

被保険者等 記号・番号	記 号		番 号	
所 属	事業所名 ☐ 特例退職 ☐ 任意継続			
被保険者	氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日
被扶養者	氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日
被扶養者	氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日
被扶養者	氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日
被扶養者	氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日
被扶養者	氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日
免除を申請する 理由 ※被災状況により 該当する書類を 添付のこと	[]より ※[]内に災害名を記載してください 1. 住家が全半壊（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又は重篤な傷病を負ったため 3. 主たる生計維持者が行方不明のため			

※ 申請書の欄には被保険者及び免除対象となる被扶養者を記入して下さい。
被保険者が免除対象者とならない場合は次の空欄をチェックして下さい。……………□

以上申請します。

年 月 日 申請者（被保険者又は被扶養者）
住所（居所）
氏 名 印
TEL（連絡先）

健 保 記 入 欄	交付年月日	年 月 日	交付枚数		
	適用期間	年 月 日 ~ 年 月 日	常務 理事	担 当 者	

本紙に記載された個人情報、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

事業所 受付印 担当者	
-------------------	--

※ 下記については、証明書類の添付ができない方のみ記入してください。

証明書類が添付できない理由	
住家の被害状況又は 生計維持関係の状況	

(申請者の事業主、親族又は知人等関係者の方が記入してください。)

申請者の
の申立が正しいことを証明します。

年 月 日

住所

氏 名

印

申請者との関係

TEL (連絡先)

- 申請する際、被災状況に応じて、以下の書類を添付してください。

- ① 住家が全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をした場合

り災証明書・被災証明書の写し、（り災証明書の交付を受けることが困難な場合は、仮設住宅入居契約書、一時使用住宅入居契約書等、家屋の全半壊若しくは全半壊を前提条件とする契約に係る書類）

- ② 主たる生計維持者が死亡、又は重篤な傷病を負った場合

- i り災証明書・被災証明書の写し
- ii iにその旨の記載がない場合は、死亡診断書の写し
- iii iiのみでは判断困難な場合は、併せて死亡診断書に準じる医師による証明書の写し
- iv 警察の発行する死体検案書の写し
- v 埋葬許可証の写し
- vi り災により一か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等の写し

※ 上記 i ～ vi に加えて下記のいずれか

- イ 生計維持関係が判別できる所得証明書の写し

- ③ 主たる生計維持者が行方不明である場合

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