

専務理事	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

健康保険一部負担金等免除申請書

被保険者証		記号	番号	
被保険者	氏名	男・女	生年月日	昭・平 . .
被扶養者	氏名	男・女	生年月日	昭・平 . .
被扶養者	氏名	男・女	生年月日	昭・平 . .
被扶養者	氏名	男・女	生年月日	昭・平 . .
被扶養者	氏名	男・女	生年月日	昭・平 . .
被扶養者	氏名	男・女	生年月日	昭・平 . .
免除を申請する理由		<p>下記の災害救助法の適用地域の住民であり、(※記入して下さい)</p> <p><u>都道府県</u></p> <p><u>市区町村</u></p> <p>次の理由に該当する為。(※該当番号に○をつけて下さい)</p> <p>1 住家が全半壊(全半焼)した為</p> <p>2 主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病を負った為</p> <p>3 主たる生計維持者の行方が不明の為</p>		

※申請書の欄には被保険者及び免除対象者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、に✓をして下さい。

以上申請します。

平成 年 月 日

申請者(被保険者又は被扶養者)

住所(居所)

氏 名

㊞

電話(連絡先)