

常務理事	業務局長	次 長	課 長	係 長	主 任	主 任	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 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日
免除を申請する理由	以下の災害救助法の適用地域の住民であり、住家が全半壊したため [災害救助法の適用地域] <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">           _____ 都 道 府 県            _____ 市 区 町 村            ※必ず記入してください。         </div>			

※ 氏名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。……………□

●添付書類●

罹災証明書の写し

以上申請します。

平成 年 月 日

住 所 (居所)	〒 _____ 連絡先 ( _____ )
送付先住所 (上記と同じであれば 記入は不要です)	〒 _____ ( _____ 様方)
被保険者氏名	(印)