常務理事	事務局長	部　　長	課　　長	課長代理	係　　長	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〕 都道府県 市区町村 ※必ず記入してください。				

※　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

≪罹災証明書に被保険者の氏名が記載されていない場合、罹災証明書のほかに被災当時のご住所が確認できる書類（住民票・運転免許証などのコピー）を添付してください。≫

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	㊞

関東ITソフトウェア健康保険組合　理事長 殿