

常務理事	部 長	課 長	係 長	主 任	係

健康保険一部負担金等免除申請書（令和3年栃木県足利市における大規模火災）

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・令 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名		男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名		男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名		男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名		男・女	生年月日	昭・平・令 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焼、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。

令和 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	