常務理事	業務局長	業務次長	課長	係長	主任	係

健康保険 一部負担金等免除申請書（岩手県大船渡市における大規模火災による災害）

被保険者	被保険者等記号・番号	記号	番号		
	フリガナ			生年月日	
	氏名			昭・平	年　月　日
被扶養者	フリガナ			生年月日	
	氏名			昭・平・令	年　月　日
	フリガナ			生年月日	
	氏名			昭・平・令	年　月　日
	フリガナ			生年月日	
	氏名			昭・平・令	年　月　日
	フリガナ			生年月日	
	氏名			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、住家が全半壊したため 【災害救助法の適用地域】※必ず記入してください。 ＿＿＿＿＿＿　都・道・府・県　＿＿＿＿＿＿　市・区・町・村				

※　氏名の欄には被保険者（本人）及び免除対象となる被扶養者（家族）を記入してください。
　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ください。・・・・□

【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。

※　婚姻等により罹災証明書に記載のある氏名と健康保険証の氏名が異なる場合は、変更されている履歴のわかる書類（運転免許証・パスポートなどのコピー）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） 日中の連絡先	〒　　－　　都道府県 TEL　　（　　）	
被保険者氏名		
送付先	※上記「住所（居所）・被保険者」宛の場合、送付先欄は記入不要です。	
	住所	〒　　－　　都道府県
	宛名 フルネーム	

受付日付印

関東ITソフトウェア健康保険組合

関東ITソフトウェア健康保険組合　理事長　殿

（様式1）　令和7年2月21日改訂