

常務理事	業務部長	業務次長	調査役	課長代理	係長	主任	係

## 健康保険 一部負担金等免除申請書（福島原発）

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 いずれかに○	東日本大震災により ア. 東京電力福島第一原子力発電所事故による以下の避難指示区域等に指定されたため 帰宅困難区域等、旧避難指示区域等 イ. その他、アに準じた事情があるため						

※ 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ITS健康保険組合に登録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