

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		生年月日	昭・平 年 月 日
	性 別	男 ・ 女	電話番号	
	住 所	〒		
被扶養者	フリガナ		生年月日	
	氏名		昭和・平成・ 令和	年 月 日
	フリガナ		生年月日	
	氏名		昭和・平成・ 令和	年 月 日
	フリガナ		生年月日	
	氏名		昭和・平成・ 令和	年 月 日
	フリガナ		生年月日	
	氏名		昭和・平成・ 令和	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
-----------	--

※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。

※ 送付先が上記住所と異なる場合は送付先住所をご記入ください。

送付先	宛名：
	〒 住所：