

課 長	係 長	係

健康保険 一部負担金等免除申請書

被保険者等の記号・番号	記 号		番 号	
被災した住所	〒 ー			
被保険者氏名	男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
被扶養者氏名	男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日	
	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日	
	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日	
	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日	
	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日	
免除を申請する理由				

※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および対象となる被扶養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出来る書類(住民票・免許証等の写し)を添付して下さい。】

以上申請いたします。

令和 年 月 日
申 請 者
住所(現住所)
連絡先 (ー ー)
氏 名