

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	227	番号	350
被災した住所	〒 999-9999 〇〇県△△市××9-9-9			
被保険者氏名	健保 太郎 (男) 女	生年月日	昭 和 ・平成・令和 48 年 4 月 5 日	
被扶養者氏名	健保 花子 男・女	生年月日	昭 和 ・平成・令和 50 年 9 月 7 日	
	健保 健太 (男) 女		昭 和 ・平 成 ・令和 12 年 3 月 3 日	
	健保 保子 男・女		昭 和 ・平 成 ・令和 14 年 1 月 5 日	
	健保 組子 男・女		昭 和 ・平 成 ・令和 29 年 3 月 3 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	令和△△年の台風××号により被災し、災害救助法の適用地域の住民であり、住家が全壊したため。			

※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 **対象者がご家族のみの場合(被保険者は単身赴任等で被災罹災証明書の写し 住所地ではない等)チェックしてください**

【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) **埼玉県川口市西青木〇-〇-〇**

連絡先 (**048-258-△△△△**)

氏名 **健保 太郎**