

健康保険一部負担金等免除申請書

(令和元年台風19号)

被保険者(申請者)情報	被保険者証	記号	番号			
	事業所	会社名称	所属部署			
	氏名・印	(フリガナ).....		印	確認欄	自署の場合は押印を省略することができます。 *ただし、以下の場合は省略不可 ① 訂正があった場合 (一自署であるため、押印を省略する場合は☑)
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	電話番号(日中の連絡先)	()	
	住所	(〒 -) 都 道 府 県				

免除対象者	免除対象者(該当記号「ア」「イ」に○をしてください)				
	ア	被保険者(本人)分			
	イ	被扶養者氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
		被扶養者氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
		被扶養者氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
		被扶養者氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
被扶養者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	

免除理由	免除を申請する理由(該当する番号に○をつけてください)
	災害等により 1. 住家が全半壊(全半焼・全流出)またはこれに準ずる被災をしたため 2. 被保険者が重篤な傷病を負い、1ヶ月以上の療養が必要となったため 3. 被保険者の行方が不明のため 4. その他1～3に準じた事情があるとき

添付書類	一部負担金免除対象者であることを確認できる書類の添付(免除理由番号のもの)
	1. 被害に係る地方公共団体による証明書類を添付してください。(罹災証明書または被災証明書等の写し) 2. 医師の証明書(写し)を添付してください。 3. 警察等に行方不明者に関する届出をしていることが確認できるもの(写し)を添付してください。

受付日付印	支払日付印
-------	-------