

起案日 令和 年 月 日

常務理事	事務局長	部 長	G 長	G L	扱 者

東日本大震災 健康保険一部負担金免除申請書

被 保 険 者 証		記 号		事業所 名 称	
		番 号			
被 保 険 者	氏 名		男・女	生年月日	昭 和・平 成 年 月 日
被 扶 養 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
被 扶 養 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
被 扶 養 者	氏 名		男・女	生年月日	昭 和・平 成・令 和 年 月 日
免除を申請する理由に ○をしてください。		東日本大震災により 1 住家の全半壊、全半焼又はこれに準ずる被災したため 2 被保険者が死亡又は重篤な傷病を負ったため 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ため []			

※ 申請書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者とならない場合は次の空欄をチェックして下さい。 ☐

以上申請します。

令 和 年 月 日

申請者住 所（居所）〒 _____

電 話（日中の連絡先） _____

氏 名（被保険者） _____

受 付 印