

常務理事	事務長	事務次長	担当者

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				

免除申請対象者	氏名	男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名	男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名	男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名	男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名	男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名	男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日

免除を申請する理由	<p>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)</p> <p>都道府県 _____</p> <p>市区町村 _____</p>
-----------	--

※ 免除申請対象者欄には、免除証明書を希望する方を(被保険者も含めて)記入してください。

以上申請します。

令和 年 月 日

申請者(被保険者又は被扶養者)

〒 _____

住所(居所)

氏 名 _____

連絡先電話番号 _____

※連絡先電話番号は必ず記入してください。(携帯可)

神奈川県機器健康保険組合理事長 殿

受付印

● 申請する際、以下の書類を添付してください。

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住所が確認できる書類
(住民票・運転免許証などの写し)を添付してください。)