

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		令和5年石川県能登地方を震源とする地震による災害 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、全半焼、 床上浸水等したため (災害救助法の適用地域) 都道府県 _____ 市区町村 _____		

※ 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。)