

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				

免除を希望する対象者	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>令和8年6月24日からの大雨に伴う災害  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)</p> <p>都道府県 _____  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

住所	〒 _____ 連絡先( _____ )
証明書送付先 (上記住所と同じ場合は不要)	〒 _____
申請者氏名	

※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。

下記については、証明書類が添付できない方のみ記入してください。

証明書類が添付できない理由	
住家の被害状況又は 生計維持関係の状況	

以下事業主・親類・知人等の方がご記入ください。

申請者（ ）の申立が正しいことを証明いたします。

令和 年 月 日

証明者

住所

氏名

申請者との関係（ ）