

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		令和8年7月滋賀県甲賀市の土砂崩れに伴う災害 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) 滋賀 甲賀		

※ 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

- ## 罹災証明書の写真

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	

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()