

健康保険 災害救助法適用による一部負担金等免除申請書

請求者が記入するところ	被保険者等 記号・番号		記号	番号	被保険者 氏名						
	事業所名称				所属部署						
	電話番号		9時～17時で連絡のとれる番号 携帯・会社・自宅 ()								
	免除対象者を記入してください。	被保険者 氏名				男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日
		被扶養者 氏名				男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日
		被扶養者 氏名				男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日
		被扶養者 氏名				男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日
		被扶養者 氏名				男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日
この度の被災による免除申請をする理由について、以下の該当する番号に○を付けてください。 1 住家が全半壊、全半焼、床上浸水したため 2 被保険者が重篤な傷病を負ったため 3 被保険者の行方が不明になったため											
上記の通り申請致します。 令和 年 月 日 申請者 (☐ 被保険者 ☐ 被扶養者)											
氏名					電話番号	日中連絡のとれる電話番号 ()					
被災時住所		〒									

＜必要な添付書類＞

- ①住家が全半壊、全半焼、床上浸水した場合
➡ 罹災証明書の写し
- ②被保険者が重篤な傷病を負った場合
➡ 罹災により1ヵ月以上の治療を要すると認められる旨を記載した医師の診断書の写し
- ③被保険者の行方が不明である場合
➡ 警察などに行方不明者に関する届出をしていることが確認できるものの写し

--	--	--	--

受付 日付 印	
---------------	--