

健康保険一部負担金等免除申請書

● 訂正箇所には必ず訂正印を押してください

● 訂正箇所には必ず訂正印を押してください	被保険者名 <small>フリガナ</small>	生年月日 (才)	記号	番号
		昭平 年 月 日		
	現住所 〒 TEL	事業所名		
	被扶養者氏名 <small>フリガナ</small>	生年月日 (才)	被保険者との続柄	
		昭平 年 月 日		
	被扶養者氏名 <small>フリガナ</small>	生年月日 (才)	被保険者との続柄	
		昭平 年 月 日		
	被扶養者氏名 <small>フリガナ</small>	生年月日 (才)	被保険者との続柄	
		昭平 年 月 日		
免除を申請する理由(該当する番号に○をつけてください。) <p style="text-align: center;">_____ により</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 住家が全半壊(全半焼)、床上浸水またはこれに準ずる被災をしたため 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のため 4 その他() <p>※事前に健保へ確認</p>				

(注)

- ・ 申請書の欄には被保険者及び免除対象となる被扶養者を記入して下さい。
- ・ 被保険者が免除対象者とならない場合は次の空欄をチェックして下さい。 →

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)

いすゞ自動車健康保険組合理事長 殿 氏名

● 申請する際、免除を申請する理由により、以下の書類を添付してください。

- 1 罹災証明書の写し
- 2 罹災により1か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 警察等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

● ご注意点

子ども医療受給者証・公費医療に該当する方で治療費の自己負担のない方については申請対象外とします