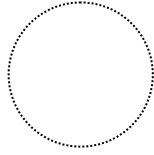


令和元年台風第19号
対応

健保 受付番号

20 . . .



特退

部 室
支 社
関連会社

所属長印	担当者印

(TEL :)

健康保険一部負担金等免除認定証発行申請書

健康保険一部負担金等免除認定証の交付を申請します。

被 保 険 者	保 険 証 記号・番号	990 -	支 部 名	
	氏 名	(印)	生年月日	S・H 年 月 日 (歳)
	住所(居所) 電話番号	(〒 -)	(電話番号)	- -
認 定 対 象 者	氏 名	(続柄)	生年月日	S・H・R 年 月 日 (歳)
	氏 名	(続柄)	生年月日	S・H・R 年 月 日 (歳)
	氏 名	(続柄)	生年月日	S・H・R 年 月 日 (歳)
	氏 名	(続柄)	生年月日	S・H・R 年 月 日 (歳)
	免除申請 理由 (いずれか に○)	令和元年台風第19号により 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 (添付書類：罹災証明 (写)) 2. 主に生計を維持している者が死亡したため (添付書類：死亡診断書または警察の発行する死体検案書) 3. 主に生計を維持している者が重篤な傷病を負ったため (添付書類：医師の診断書) 4. 主に生計を維持している者が行方不明のため (添付書類：警察に提出した行方不明届等 (写)) 5. 主に生計を維持している者が業務を廃止し、または休止したため (添付書類：廃業届(写)等、廃止・休止がわかるもの) 6. 主に生計を維持している者が失職し、現在収入がないため (添付書類：離職証明書(写)等、失職がわかるもの)		

健 保 組 合 使 用 欄				
証交付日	R . . .	常務理事	点 検	担 当
有効期限	R . . . ~ R . . .			
申請理由	1 2 3 4 5 6			