熊本地震対応

健康保険組合 常務理事 殿

健保　受付番号				

H　．　．　．

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	―	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 年　月　日（　歳）
	氏　名	(続柄　)	生年月日	S・H 年　月　日（　歳）
	氏　名	(続柄　)	生年月日	S・H 年　月　日（　歳）
	氏　名	(続柄　)	生年月日	S・H 年　月　日（　歳）
	免除申請理由 （いずれかに○）	熊本地震により 1．住家が全半壊（全半焼）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症、重病を負ったため（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．長期避難世帯となったため（添付書類：長期避難世帯に該当する旨の証明書（写））		

健保組合使用欄				
証交付日	H　．　．　．	常務理事	点　検	担　当
有効期限	H　．　．　．～H　．　．　．			
申請理由	1　2　3　4　5			

保存⑩