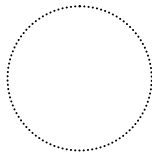


熊本地震対応

健康保険組合 常務理事 殿

健保 受付番号



特 退

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	9 9 0 —	申 請 日	H . . .
	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（全半壊）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の行方が不明のため（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			