

健康保険一部負担金等免除申請書

東京広告業健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者証	記号		被保険者氏名	
	番号		生年月日	昭・平 年 月 日
住所・電話番号		〒 - 日中連絡の取れる電話番号 () ※ 被災時の住所をご記入ください。		
事業所の名称				
上記住所とは別のところに送付を希望する場合は、その送付先	住所	〒 -		
	宛名			

- ・免除対象者が被保険者の場合は、区分の本人に○をしてください。氏名・性別・生年月日の記入は省略可能です。
- ・免除対象者が被扶養者の場合は、区分の家族に○をしてください。氏名・性別・生年月日をご記入ください。

免除対象者	区分	氏名	性別	生年月日
	本人・家族		男・女	昭・平・令 年 月 日
	本人・家族		男・女	昭・平・令 年 月 日
	本人・家族		男・女	昭・平・令 年 月 日
	本人・家族		男・女	昭・平・令 年 月 日
	本人・家族		男・女	昭・平・令 年 月 日

災害内容	※ 「台風12号」や「奄美地方豪雨」などの災害名をご記入ください。
免除を申請する理由	<input type="checkbox"/> 住家が全壊したため <input type="checkbox"/> 住家が半壊したため <input type="checkbox"/> その他の理由 ()

【添付書類】

- 災害救助法適用地域にて被災したことを証明する罹災証明書、被災証明書等の写し