

健康保険一部負担金等免除申請書

被 保 険 者 等		記 号	番 号	
被 保 険 者	氏 名	男・女	生 年 月 日	昭・平・ 令 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名	男・女	生 年 月 日	昭・平・ 令 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名	男・女	生 年 月 日	昭・平・ 令 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名	男・女	生 年 月 日	昭・平・ 令 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名	男・女	生 年 月 日	昭・平・ 令 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名	男・女	生 年 月 日	昭・平・ 令 年 月 日
免除を申請する理由		東日本大震災により 1. 住家が全半壊（全半焼）したため 2. 主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病をおったため 3. 主たる生計維持者の行方が不明のため 4. 福島原発の避難指示地域、計画的避難区域又は緊急時避難準備区域に指定されたため 5. 長期避難世帯となったため 6. その他1～5に準じた事情があるため		

※ 申請書の欄には被保険者及び免除対象者となる被扶養者を記入してください。

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をしてください。……………

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日
 申請者（被保険者又は被扶養者）
 住 所（居所）
 氏 名

神奈川県電設健康保険組合理事長 殿