

一部負担金等（減額・免除）申請書

申請日	令和 年 月 日		
被保険者	被保険者証	記号	番号
	氏名	生年月日 昭・平・令 年 月 日	
	勤務先 および所属	Tel ( ) - (内線 )	
	自宅 住所 <small>注1)</small>	〒 [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ] <small>注1) 措置の対象となる住居は被保険者名義の自宅</small>	
	送付先 住所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 〒 [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ] ※自宅以外への送付を希望される場合に記入	
減額等を 希望する 対象者	氏名	生年月日	続柄
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	
		昭・平・令 年 月 日	
減額等を申請する理由		被災区分	
		<input type="checkbox"/> 全壊 <input type="checkbox"/> 大規模半壊 <input type="checkbox"/> 半壊	
<b>被保険者 確認欄</b>	<input type="checkbox"/>	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	

【健保記入欄】

健保組合	理事長	常務理事	事務長	担当	減免区分	決定年月日			通知
					<input type="checkbox"/> 全額（免） <input type="checkbox"/> 半額（減）	年	月	日	

受 付 印