

提出日 令和 年 月 日

| 健保承認欄 |       |     |
|-------|-------|-----|
| 事務長   | 課長(代) | 担 当 |
|       |       |     |

健康保険 一部負担金等免除申請書

|                                                                                                                                        |     |        |                                                                                                                                                                                             |                   |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|
| 記 号                                                                                                                                    | 番 号 | 事業所の名称 |                                                                                                                                                                                             | 被保険者氏名            | 標準報酬月額 |
|                                                                                                                                        |     |        |                                                                                                                                                                                             |                   | 千円     |
| 申請対象者氏名                                                                                                                                |     | 続 柄    | 性 別                                                                                                                                                                                         | 生年月日              |        |
|                                                                                                                                        |     |        | 男 ・ 女                                                                                                                                                                                       | 昭和 年 月 日<br>平成・令和 |        |
|                                                                                                                                        |     |        | 男 ・ 女                                                                                                                                                                                       | 昭和 年 月 日<br>平成・令和 |        |
|                                                                                                                                        |     |        | 男 ・ 女                                                                                                                                                                                       | 昭和 年 月 日<br>平成・令和 |        |
| 申請理由（○で選択）                                                                                                                             |     |        | 証明書類（該当する書類を添付）                                                                                                                                                                             |                   |        |
| 1. 東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う国による避難指示区域等の対象地域に指定されたため<br><br>帰還困難区域等、旧避難指示区域等、旧避難指示解除準備区域等<br><br>2. その他、1 に準じた事情があるため<br>例) 免除対象者の被扶養者になったため |     |        | 避難指示等の対象地域に住所を有していたことが確認できるもの(被災証明書の写し等)<br><br>被災証明書に被保険者の氏名が記載されていない場合、被災証明書のほかに被災当時の住所が確認できる書類(住民票等)を添付して下さい。<br>婚姻等により被災証明書に記載されている氏名と保険証の名称が異なる場合、変更されていることが確認できる書類(戸籍抄本等)の添付をお願い致します。 |                   |        |
| 上記のとおり一部負担金等免除を申請します。                                                                                                                  |     |        |                                                                                                                                                                                             |                   |        |
| 被保険者 住 所 〒 —                                                                                                                           |     |        |                                                                                                                                                                                             |                   |        |
| 氏 名 印                                                                                                                                  |     |        |                                                                                                                                                                                             |                   |        |
| 電 話 ( ) —                                                                                                                              |     |        |                                                                                                                                                                                             |                   |        |