|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |  | | 常務理事 | | 事務長 | | | ＧＬ | 担当 |
|  | |  | |  | | |  |  |
|
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **健康保険一部負担金等免除申請書** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証の記号・番号 | | | |  | | | |  | | | | | | 事業所名称 | | | |
| 被保険者  （申請者） | | 氏　名 | |  | ㊞ | | | | | | | | |  | | | |
| 生年月日 | |  | 昭  平 | | 年　　　月　　　日生 | | | | | | |
| 免除証明書送付先住所  及び連絡先 | | | 〒  ℡（　　　　）　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | |
| 免除申請者（対象者全員記入） | 氏　名 | |  | | | | | 続柄 | |  | | 昭 平  令 | | | 年　　　月　　　日生 | | |
| 氏　名 | |  | | | | | 続柄 | |  | | 昭 平  令 | | | 年　　　月　　　日生 | | |
| 氏　名 | |  | | | | | 続柄 | |  | | 昭 平  令 | | | 年　　　月　　　日生 | | |
| 氏　名 | |  | | | | | 続柄 | |  | | 昭 平  令 | | | 年　　　月　　　日生 | | |
| 氏　名 | |  | | | | | 続柄 | |  | | 昭 平  令 | | | 年　　　月　　　日生 | | |
| 氏　名 | |  | | | | | 続柄 | |  | | 昭 平  令 | | | 年　　　月　　　日生 | | |
| 免除を申請する理由  （右記番号に○をつけ、  ２ページ目の該当証明書類を添付してください） | | | 災害により  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負ったため  ３　主たる生計維持者の行方が不明のため | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請いたします。  令和　　　年　　　月　　　日  日本アイ・ビー・エム健康保険組合　理事長　殿 | | | | | | | | | | | | | | | 【受付年月日】 | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | ※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い目的外には使用いたしません。 | | | | | | | | | | | | | | |
| ＜申　請　先＞ | | | 〒103-0015　東京都中央区日本橋箱崎町36－2　Daiwaリバーゲート  電話：03（5614）6441  日本アイ・ビー・エム健康保険組合　適用・給付　宛 | | | | | | | | | | | | | | |

2019.9

|  |
| --- |
| **健康保険一部負担金等免除申請に必要な添付書類** |
| 申請の際、以下の書類を添付してください。  １　住家が全半壊（全半焼）した場合  　　・罹災証明書の写し　・被災証明書の写し  ・一時使用住宅入居契約書の写し  ２　主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病を負った場合  　　ⅰ　罹災証明書の写し、被災証明書の写し  　　ⅱ　ⅰにその旨の記載がない場合は、死亡診断書の写し  　　ⅲ　ⅱのみでは判断困難な場合は、併せて死亡診断書に準じる医師による証明書の写し  　　ⅳ　警察の発行する死体検案書の写し  　　ⅴ　埋葬許可証の写し  　　※主たる生計維持者との関係が不明である場合  　　　　ア　世帯全体の住民票の写し又は被保険者証の写し  　　　　イ　生計維持関係が判別できる所得証明書の写し  ３　主たる生計維持者の行方が不明である場合  　　・警察等に行方不明者に係る届出をしていることが確認できるもの |

* 下記項目については、証明書の添付ができない方のみ記入し、事業主の証明をもらって

申請書と一緒に提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 証明書類が添付できない理由 |  |
| 住家の被害状況又は  生計維持関係の状況 |  |

|  |
| --- |
| 事業主証明欄 |
| 申請者　　　　　　　　　の申立が正しいことを証明します。　　令和　　　年　　　月　　　日  事業所所在地　　〒  　　　　名称  事業主の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  連絡先  日本アイ・ビー・エム健康保険組合　理事長　殿 |