

常務理事	事務長	主任		係員

記入例

健康保険一部負担金等免除申請書

被保険者等記号番号		記号	99	番号	9999
被保険者氏名		青山 太郎	男・女	生年月日	昭和 平成 ●●年●●月●●日生
被扶養者	氏名	青山 花子	男・女	生年月日	昭和 平成 ●●年●●月●●日生
	氏名		男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日生
	氏名		男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日生
	氏名		男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日生
	氏名		男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日生
発病又は負傷年月日		令和 年 月 日			
免除を申請する理由		災害救助法が適用された市区町村に住所を有する被保険者及び被扶養者であり、 1 住家の全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をしたため 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 4 主たる生計維持者が業務を廃止又は休止したため			

※申請者の欄には被保険者及び免除対象となる被扶養者を記入してください。

以上申請いたします。

ユニマツト健康保険組合
理事長 殿

令和●年●●月●●日

申請者（被保険者又は被扶養者）

住所（居所）

〒○○○-○○○

〇〇県◇◇市××町1-2-3◆◆避難所

氏名

青山 太郎

連絡先 TEL

090-◆◆◆◆-××××

免除証明書送付先（居所と同一であれば記入不要です）

〒

受付日付印

(様方)

※下記については、証明書類の添付ができない方のみ記入してください。

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	

**この欄は、証明書類の添付ができない場合に、
申請者の事業主、親類又は知人等関係者の方
が記入してください。**

（申請者の事業主、親類又は知人等関係者の方が記入してください。）

ユニマツト健康保険組合
理事長 殿

申請者 _____ の申立が正しいことを証明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 〒 _____
氏 名 _____
申請者との関係 _____

【申請する際、以下の書類を提出ください】

- ①住家が全半壊若しくは全半焼した場合
- 罹災証明書・被災証明書の写し（罹災証明書の交付を受けることが困難な場合は、仮設住居入居契約書、一時使用住宅入居契約書等、家屋の全半壊若しくは全半焼を前提条件とする契約に係る書類）
- ②主たる生計維持者が死亡若しくは重篤な傷病を負った場合
- i 罹災証明書・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の証明書の写し
 - 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
 - vi 罹災により一ヶ月以上の治療を要する認められる旨を記載した医師の診断書等の写し
- ※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