

健康保険一部負担金等（減額・免除）申請書

関東信用組合連合健康保険組合 理事長 様

年 月 日

被保険者証等	記 号		番 号		事業所 名 称		
被保険者 (申請者)	氏 名					生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住 所	〒 連絡先電話番号 ()					
	証明書 送付先	(上記住所と同じ場合は記入不要) 〒					
減 額 ・ 免 除 を 希 望 す る 対 象 者							
氏 名		生 年 月 日		続 柄		備 考	
		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					
		昭・平・令 年 月 日					

被災した日	令和 年 月 日	※災害内容	
-------	----------	-------	--

減額・免除を申請する理由(いずれかに○を付けてください)

1. 住家が全半壊したため。

2. 重篤な傷病を負ったため。

3. その他

証明書類が添付できない場合のみ記入してください。

証明書類が添付できない理由

(以下事業主・親類・知人等の方がご記入ください。)

申請書 の申立てが正しいことを証明します。

令和 年 月 日

証明者
住所
氏名

申請者との関係[]

※ 申請の際には、「り災(被災)証明書」(コピーでも可)を添付してください。
※ 災害内容は、「台風○号」や「○○地方豪雨」などご記入ください。
※ 食事療養標準負担額および生活療養標準負担額ならびに差額ベッド代は対象外です。

受付日付印