

| | | | | | | | | | |
|------|-----|--|-----|-------|------|----|---|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | | 担当者 | ※健康保欄 | ※受付日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | ※交付日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |

健康保険 災害救助法適用による一部負担金等免除申請書

記入例

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-------|----|------|---------------------------------------|----------------------------------|---|------|-----|-----|
| 被保険者 記号番号 | 記号 | 000 | 番号 | 0000 | 被保険者 氏名 | 健保 扶子 | | | | |
| 事業所名称 | (株)ダスキン〇〇 | | | | 所属部署 | 〇〇支店 | | | | |
| 電話番号 | 9時~17時で連絡のとれる番号 <input checked="" type="radio"/> 携帯 <input type="radio"/> 会社・自宅 | | | | | 00 | (0000) | 0000 | | |
| 免除対象者を記入してください | 被保険者 氏名 | 健保 扶子 | | | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 | 生年月日 | <input checked="" type="radio"/> S・H・R | 61年 | 10月 | 20日 |
| | 被扶養者 氏名 | 健保 継子 | | | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 | 生年月日 | S・ <input checked="" type="radio"/> H・R | 22年 | 5月 | 4日 |
| | 被扶養者 氏名 | | | | 男・女 | 生年月日 | S・H・R | 年 | 月 | 日 |
| | 被扶養者 氏名 | | | | 男・女 | 生年月日 | S・H・R | 年 | 月 | 日 |
| | 被扶養者 氏名 | | | | 男・女 | 生年月日 | S・H・R | 年 | 月 | 日 |
| | 被扶養者 氏名 | | | | 男・女 | 生年月日 | S・H・R | 年 | 月 | 日 |
| <p>この度の被災による還付申請をする理由について、以下の該当する番号に○を付けてください。</p> <p><input checked="" type="radio"/> 1 住家が全半壊(全半焼)したため</p> <p><input type="radio"/> 2 被保険者が重篤な傷病を負ったため</p> <p><input type="radio"/> 3 被保険者の行方が不明になったため</p> | | | | | | | | | | |
| 上記の通り申請致します。 | | | | | | 令和 | 元年 | 8月 | 26日 | |
| 申請者 (<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者) | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 健保 扶子 | | | | 電話番号 | 日中連絡のとれる電話番号 00 (0000) 0000 | | | | |
| 被災時住所 | 〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇〇-〇 | | | | | | | | | |
| 証明書送付先 <small>※被災時住所と同じ場合は記入不要</small> | 〒 000-0000 | | | | TEL | 00 (0000) 0000 | | | | |
| (佐藤 様方) | | | | | | | | | | |

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と訂正した方の氏名(サイン)をご記入ください。

<必要な添付書類>

- ①住家が全半壊(全半焼)した場合
➡ 罹災証明書の写し
- ②被保険者が重篤な傷病を負った場合
➡ 罹災により1ヵ月以上の治療を要すると認められる旨を記載した医師の診断書の写し
- ③被保険者の行方が不明である場合
➡ 警察などに行方不明者に関する届出をしていることが確認できるものの写し