

健康保険 一部負担金等免除 申請書 (令和6年能登半島地震)	常務理事	事務長	業務部長	業務課長	係長	担当者

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	事業所名称			電話番号 (日中の連絡先)	( )			

※ 「健康保険一部負担金等免除申請書」の罹災(被災)証明書を添付して申請してください。

※ 下欄にある認定対象者の氏名の欄には免除対象となる被保険者および被扶養者を記入してください。

被保険者が免除対象とならない場合は次の空欄をチェックしてください。.....

認定対象者	1	氏名	(フリガナ)	被保険者との続柄					
		生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	性別	男	▪
	2	氏名	(フリガナ)	被保険者との続柄					
		生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	性別	男	▪
	3	氏名	(フリガナ)	被保険者との続柄					
		生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	性別	男	▪
	4	氏名	(フリガナ)	被保険者との続柄					
		生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	性別	男	▪
	5	氏名	(フリガナ)	被保険者との続柄					
		生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	性別	男	▪

○ 上記「被保険者情報」欄に記入した住所以外のところに免除証の送付を希望する場合にご記入ください。

希望送付先	住所	〒					
						電話番号 (日中の連絡先)	( )
	あて名			被保険者との関係			

申請年月日 令和 年 月 日

受付日付印

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要となります。

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

