

健康保険一部負担金等免除申請書

被保険者証	記 号		番 号	
事業所名	(電話番号) - -			
被 保 険 者 氏 名	(ふりがな)	男・女	生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日

「免除」対象者を（該当する方）	ア	被 保 険 者 （ 本 人 ） 分				
	イ	被扶養者 氏名	(ふりがな)	男・女	生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
		被扶養者 氏名	(ふりがな)	男・女	生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
		被扶養者 氏名	(ふりがな)	男・女	生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
		被扶養者 氏名	(ふりがな)	男・女	生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
		被扶養者 氏名	(ふりがな)	男・女	生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
○ 免除 の て く 請 だ 理 さ 由 に	1. 住家が全半壊、全半焼、床上浸水したため 2. 被保険者が重篤な傷病を負ったため 3. 被保険者の行方が不明のため 4. 被災者生活再建支援法に規定する長期避難世帯となったため					

以上、申請します。
令和 年 月 日
申請者（被保険者または被扶養者）

被災時 住所	〒 - 都道 府県	電話番号 - -
氏名	Ⓜ	電話番号 (- -) (様方)
証明書送付先 ※「被災時住所」と 同じ場合は記入不要	〒 - 都道 府県	

兵庫県運輸業健康保険組合理事長 様

※「被災時住所」欄には、災害発生時の住所をご記入ください。
※「証明書送付先」欄は、免除証明書の送付先を「被災時住所」以外とする場合にご記入ください。
（転居先、避難先、お勤め先等へ送付を希望される場合）
※照会を差し上げる場合がありますので、電話番号は携帯電話等日中に連絡可能な番号をご記入ください。
※ご提出の際には、免除を申請する理由に応じて証明書類が必要です。詳しくは裏面をご覧ください。

- 申請する際、免除を申請する理由により、以下の書類を添付してください。

① **住家が全半壊、全半焼、床上浸水した場合**

罹災証明書の写し

※罹災証明書に、免除対象者の氏名の記載がない場合は、「運転免許証」「住民票」など、免除対象者の住所を確認できる書類の添付が必要となります。

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**

警察等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

④ **被災者生活再建支援法に規定する長期避難世帯の指定を受けた場合**

市町村が発行した「長期避難世帯に該当する旨の証明書」の写し