

健康保険一部負担金等免除申請書

被 保 険 者 等		記 号	番 号	
被保険者(本人)	氏 名	男・女	生年月日	
被扶養者(家族)	氏 名	男・女	生年月日	
被扶養者(家族)	氏 名	男・女	生年月日	
被扶養者(家族)	氏 名	男・女	生年月日	
被扶養者(家族)	氏 名	男・女	生年月日	
被扶養者(家族)	氏 名	男・女	生年月日	
免除を申請する理由		災害により 1 住家が全半壊（全半焼）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		

※ 申請書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下さい。

被保険者が免除対象者とならない場合は次の空欄をチェックして下さい。……………□

【添付書類】罹災証明書の写し

※罹災証明書に被保険者の氏名が記載されていない場合、罹災証明書のほかに被災当時のご住所が確認できる書類（住民票・運転免許証などのコピー）を添付してください。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者（被保険者又は被扶養者）

住 所
(居所)

氏 名

連絡先

SUMI グループ健康保険組合 理事長 殿