

常務理事	事務長			担当

健康保険一部負担金等免除申請書

下記の通り申請します。

申請日：令和 年 月 日

被保険者証の 記号・番号	記号		番号		所属
フリガナ					
被保険者氏名					
被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日	- -
被保険者の 住所(居所)	〒				
免除証明書 送付先 (上記と異なる場合)	〒				
免除を申請 する理由	以下の災害救助法の適用地域の住民であり、住家が全半壊、全半焼等したため (災害救助法の適用地域) <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 都 道 府 県 _____ 市 区 町 村 _____ </div>				
添付書類	罹災証明書の写し (またはそれに準ずる書類の写し)				

免除申請の対象となる方の情報を下欄に記入してください。

被保険者自身が証明書を希望する場合、被保険者の情報も記入が必要です。

	氏名	続柄	生年月日
1			昭・平・令 年 月 日
2			昭・平・令 年 月 日
3			昭・平・令 年 月 日
4			昭・平・令 年 月 日
5			昭・平・令 年 月 日

受付印

■ 申請書送付先：マルハン健康保険組合

〒111-0036

東京都台東区松が谷1-9-12 SPKビルディング7階701

マルハン健康保険組合