健康保険一部負担金等（減額･免除）申請書

管工業健康保険組合　理事長 様

令和　　年　　月　　日

被保険者証	記　号		番　号		事業所名　称	
被保険者（申請者）	氏　名				生年月日	昭･平･令　　年　　月　　日
	住　所	〒 連絡先電話番号　　（　　）				
	証明書送付先	（上記住所と同じ場合は記入不要） 〒				

減 額 ・ 免 除 を 希 望 す る 対 象 者

氏　　名	生 年 月 日	続 柄	備　　考
	昭･平･令　　年　　月　　日		
	昭･平･令　　年　　月　　日		
	昭･平･令　　年　　月　　日		
	昭･平･令　　年　　月　　日		
	昭･平･令　　年　　月　　日		
	昭･平･令　　年　　月　　日		

被災した日	令和　　年　　月　　日	※災害内容	

減額･免除を申請する理由（いずれかに〇を付けてください。）

1. 住家が半壊したため
2. 住家が全壊したため
3. その他

（　　）

証明書類が添付できない場合のみ記入してください。

証明書類が添付できない理由

（　　）

（以下事業主･親類･知人等の方がご記入ください。）

申請者　　の申立が正しいことを証明します。

令和　　年　　月　　日

証明者

住所

氏名　　申請者との関係［　　］

※ 申請の際には、「り災（被災）証明書」（コピーでも可）を添付してください。

※ 災害内容は、「台風〇号」や「〇〇地方豪雨」などとご記入ください。

※ 食事療養標準負担額、生活療養標準負担額及び差額ベッド代は対象外です。

受付日付印

管工業健康保険組合