

証明(交付)年月日	令和 年 月 日	理事長	常務	事務長	課長	係員
有効期限	令和 年 月 日					

令和6年能登半島地震における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				
被保険者氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日	性別	男女	
免除申請する 被保険者・ 被扶養者	氏名	男女 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄		
	氏名	男女 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄		
	氏名	男女 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄		
	氏名	男女 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄		
	氏名	男女 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄		
免除を申請する理由						
次の該当番号に○印をつけてください。また、それぞれの場合に応じて裏面記載の資料を添付してください。 令和6年能登半島地震により 1 住家が全半壊、全半焼またはこれに準ずる被災をしたため 2 主たる生計維持者が死亡また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						
被保険者の住所 (居所)	〒 - 電話番号 () -					
免除証明書の送付先 *上記と異なる場合のみ記入してください。	住所 (事業所名・所在地・部署名等)	〒 - 電話番号 () -				
	受取人氏名	本人との関係 ()				

※ 申請書の欄には被保険者及び免除対象となる被保険者・被扶養者を記入してください。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

大阪菓子健康保険組合理事長 殿

被保険者 住所

被保険者 氏名

