

証明（交付）年月日	平成 年 月 日	専務	常務	事務長	課長	係員
有効期限	平成 年 月 日					

平成30年災害時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 年 月 日	続柄	
	氏名	男女	生年月日	昭和 平成 年 月 日	続柄	
	氏名	男女	生年月日	昭和 平成 年 月 日	続柄	
	氏名	男女	生年月日	昭和 平成 年 月 日	続柄	
	氏名	男女	生年月日	昭和 平成 年 月 日	続柄	
免除を申請する理由						
次の災害のいずれかに☑したうえ、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。 □平成30年大阪府北部を震源とする地震により □平成30年台風7号及び前線等に伴う大雨により 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した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。

平成 年 月 日

近畿電子産業健康保険組合理事長 殿

被保険者 住所

被保険者 氏名



