

決 済 蘭	部長	課長	係

受付印

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		(電話番号) - -		
被保険者	氏名	ふりがな	男・女	生年月日
				昭和 ・ 平成
				年 月 日

免 除 対 象 者 へ 該 当 記 号 「 ア 」 「 イ 」 を し て く だ さ い	ア	被保険者（本人）分			
	被扶養者氏名	ふりがな	男・女	生年月日	昭和 平成 令和
	被扶養者氏名	ふりがな	男・女	生年月日	昭和 平成 令和
	被扶養者氏名	ふりがな	男・女	生年月日	昭和 平成 令和
	被扶養者氏名	ふりがな	男・女	生年月日	昭和 平成 令和

免 除 を 申 請 す る 理 由 に ○	令和元年台風第19号に伴う災害により
	<ol style="list-style-type: none"> 住家が全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をしたため 被保険者が死亡又は重篤な傷病を負ったため 被保険者の行方が不明のため 被保険者が業務の休止、廃止、失職し、現在収入がないため その他1～4に準じた事情があるため

長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿
以上申請します。

令和__年__月__日

申請者 (被保険者又は被扶養者)

住所 (居所)	〒		-	
氏名	Ⓜ			
電話番号	()			

※ 照会を差し上げる場合がありますので、電話番号は携帯電話等連絡可能な番号をご記入ください。

※ ご提出の際には、免除を申請する理由に応じて**証明書類**が必要です。**詳しくは裏面をご覧ください。**

●申請する際、免除を申請する理由により、以下の書類を添付してください。

① **住家が全半壊、全半焼、床上浸水またはこれに準ずる被災をした場合**

罹災証明書の写し・被災証明書の写し（罹災証明書の交付を受けることが困難な場合は、仮設住宅入居契約書、一時使用住宅入居契約書等、家屋の全半壊又は全半焼等を前提条件とする契約に関する書類の写し）

② **被保険者が重篤な傷病を負った場合**

罹災により1か月以上の治療を要すると認められる旨を記載した医師の診断書の写し

③ **被保険者の行方が不明である場合**

警察等に行方不明者に係る届出をしていることが確認できるものの写し

④ **被保険者が業務の休止、廃止、失職し、現在収入がない方**

健康保険組合（026-236-2392）にご相談下さい。