

# 健康保険 一部負担金等免除申請書

群馬銀行健康保険組合 理事長 殿

(西暦)

年 月 日 申請

被保険者証	記号	番号	
被保険者 (申請者)	氏名	(フリガナ)	男・女
	住所	〒	(電話番号) - -
		生年月日	(西暦) 年 月 日

免 除 対 象 者	<input type="checkbox"/>	被保険者(本人)				
	<input type="checkbox"/>	被扶養者氏名	(フリガナ)	男・女	生年月日	(西暦) 年 月 日
		被扶養者氏名	(フリガナ)	男・女	生年月日	(西暦) 年 月 日
		被扶養者氏名	(フリガナ)	男・女	生年月日	(西暦) 年 月 日
		被扶養者氏名	(フリガナ)	男・女	生年月日	(西暦) 年 月 日
		被扶養者氏名	(フリガナ)	男・女	生年月日	(西暦) 年 月 日

\*該当するものを☑すること

免 除 申 請 理 由	<p>※ 免除申請理由に○をしてください。</p> <p>1. 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、床上浸水又はこれに準ずる被災をしたため</p> <p style="text-align: center;">【災害救助法の適用地域】</p> <p style="text-align: center;">_____ 都 道 府 県</p> <p style="text-align: center;">_____ 市 区 町 村</p> <p>2. 被保険者が重篤な傷病を負ったため</p> <p>3. 被保険者の行方が不明のため</p>				
----------------------------	---	--	--	--	--

上記のとおり、一部負担金等の免除の措置を受けたいので、災害時における一部負担金等の免除に関する申請をいたします。

**【添付書類】**

- ① 免除申請理由1の場合  
「罹災証明書」の写し (市区町村長又は消防署長発行のもの)  
※ 罹災証明書に被保険者の氏名が記載されていない場合は、罹災証明書の他に被災当時の住所が確認できる書類(運転免許証、住民票のコピーなど)の添付が必要です。
- ② 免除申請理由2の場合  
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 免除申請理由3の場合  
警察等に行方不明者に関する届出をしていることが確認できるものの写し

※次に記載する一部負担金等は免除の対象外です。

- ① 入院時食事療養費及び入院時生活療養(保険外併用療養費及び家族療養費に係る食事療養及び生活療養に係るものを含む。)についての標準負担額等
- ② 柔道整復師、あん摩マッサージ、はり灸師による施術等その他の療養費

常務理事	事務長	担当者

/ 受 付 印 \