

# 国民健康保険一部負担金等免除申請書

(様式2)

被保険者証番号	記号	番号	生年月日	昭・平 . .
被保険者	住所			
	氏名		性別	男・女
被保険者	住所			
	氏名		性別	男・女
被保険者	住所			
	氏名		性別	男・女
被保険者	住所			
	氏名		性別	男・女
被保険者	住所			
	氏名		性別	男・女
免除を申請する理由		台風19号により ① 住家の全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をした旨 ② 主たる生計維持者が重篤な傷病を負った旨 ③ 主たる生計維持者の行方が不明である場合 ④ 主たる生計維持者が業務を廃止し、又は休止した旨		

以上申請します。

令和      年      月      日

(申請者) 印  
                        住所

氏名

印

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※ 下記については、証明書類の添付ができない方のみ記入してください。

証明書類が添付できない理由	
免除措置開始年月日（この欄は記入しないでください。）	

（※欄に記入された方の関係者の方が記入してください。）

申請者 \_\_\_\_\_ の申立が正しいことを証明します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〒  
住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

申請者との関係 \_\_\_\_\_

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

● 申請する際、被保険者証を提出するとともに必要に応じて、以下の書類を添付してください。

- ① 住家の全半壊、全半焼、床上浸水はこれに準じる被災をした場合  
罹災証明書・被災証明書
- ② 主たる生計維持者が重篤な傷病を負った場合  
医師の診断書
- ③ 主たる生計維持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
- ④ 台風 19 号により主たる生計維持者が業務を廃止し、若しくは休止し、又は失職し、現在収入がない場合
  - i 公的に交付される書類であって、事実の確認が可能なもの  
(税務署に提出される廃業届、異動届の写し等)
  - ii 事業主等による証明書（公的に発行される書類による確認が困難な場合に限る。）