

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
被保険者	住所		生年月日
	氏名		性別 男・女
被保険者	住所		生年月日
	氏名		性別 男・女
被保険者	住所		生年月日
	氏名		性別 男・女
被保険者	住所		生年月日
	氏名		性別 男・女
被保険者	住所		生年月日
	氏名		性別 男・女
被保険者	住所		生年月日
	氏名		性別 男・女
免除を申請する理由		罹災原因、年月日等を詳細にご記入ください。	

以上申請します。

年 月 日

(申請者) 千

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。）	

（※欄を関係者の方が記入した場合、以下を記入してください。）

申請者 _____ の申立が正しいことを証明します。

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 令和6年能登半島地震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。）