



# 健康保険一部負担金等免除申請書

イオン健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり申請します。

平成 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号	事業所の 名称	部・室 店名									
	被保険者の 氏名	被保険者 (対象者)の 住所	〒									
	被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日生							
	対象者の 氏名	対象者の生年月日		被保険者との続柄								
	対象者の 氏名	昭和 平成	年	月	日生							
	対象者の 氏名	対象者の生年月日		被保険者との続柄								
	対象者の 氏名	昭和 平成	年	月	日生							
	対象者の 氏名	対象者の生年月日		被保険者との続柄								
	対象者の 氏名	昭和 平成	年	月	日生							
	免除を申請 する理由	平成28年熊本地震により										
(該当する 番号に○を つけて ください)	1 住家の全半壊、全半焼又はこれに準ずる被災のため											
	2 主たる生計維持者が死亡し又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なため											
※申請書の欄には被保険者及び免除対象となる被扶養者を記入してください。												
被保険者は免除対象となりますか？ はい いいえ												
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											
	住家の被害状 況 又は 生計維持関係 の状況											
	(申請者の事業主、親類又は知人等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。		住所								
イオン健康保険組合 理事長 殿				氏名								
		申請者との関係		印								
組 合 処 理 欄	交 付 年 月 日 ( 受 付 日 )	平成	年	月	日	有 効 期 限	平成	年	月	日	台 帳 照 会	
	発 行 年 月 日	平成	年	月	日						被 保 険 者	取 得
	交 付 認 定	交 付 認 定 伺	認 定 証 送 付 日								被 扶 養 者	認 定
	認 定 年 月 日	常 務 理 事	事 務 長	課 長	係	平成						認 定
	平成											認 定

※注意事項は裏面参照

2016. 8. 19

## 申請時の注意事項

### ●申請する際、必要に応じて、以下の書類を添付してください。

- 1 住家が全半壊、全半焼又はこれに準ずる被災をした場合
  - 罹災証明書（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、仮説住居入居契約書、一時使用住宅入居契約書等、家屋の全半壊若しくは全半焼を前提条件とする契約に関する書類）
- 2 主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負った場合
  - i 罹災証明書（被災証明書）の写し
  - ii iにその旨の記載がない場合は、死亡診断書の写し
  - iii iiのみでは判断困難な場合は、併せて死亡診断書に準じる医師による証明書の写し
  - iv 警察の発行する死体検案書の写し
  - v 埋葬許可証の写し
  - vi 罹災により一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等の写し

※ 主たる生計維持者との関係が不明である場合（下記ア、イの両方をご提出ください）

  - ア 世帯全員の住民票の写し
  - イ 生計維持関係が判明できるもの（所得証明書、直近3ヵ月分の給与明細等）の写し
- 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かかる届出をしていることが確認できるもの写し
- 4 長期避難世帯である場合
  - 市町村が発行した「長期避難世帯に該当する旨の証明書」の写し