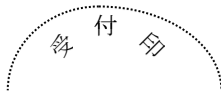


一部負担金等免除申請書(記入見本)



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。

令和 2 年 3 月 30 日

被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者 証 の 記 号 と 番 号	8	123456	事 業 所 の 名 称	イオンテール(株)	部・室 店 名	〇〇店	
	被 保 険 者 の 名 氏	伊藤 太郎		被 保 険 者 (対 象 者) の 住 所	〒 〇〇〇-×××× △△県△△市△△1-1 (証明書の送付先住所をご記入ください)			
	被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭和 平成	40 年 5 月 26 日 生	TEL	096-(〇〇〇)-××××			
	対 象 者 の 名 氏	対象者の生年月日		被 保 険 者 と の 続 柄				
	対 象 者 の 名 氏	昭和 平成 令和		年 月 日 生				
	対 象 者 の 名 氏	対象者の生年月日		被 保 険 者 と の 続 柄				
対 象 者 の 名 氏	昭和 平成 令和		年 月 日 生					
対 象 者 の 名 氏	対象者の生年月日		被 保 険 者 と の 続 柄					
対 象 者 の 名 氏	昭和 平成 令和		年 月 日 生					
対 象 者 の 名 氏	対象者の生年月日		被 保 険 者 と の 続 柄					
対 象 者 の 名 氏	昭和 平成 令和		年 月 日 生					
免 除 を 申 請 す る 理 由	令和元年台風第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、又は休止したため 5 主たる生計維持者が失職し、現在収入がないため (該当する番号に○をつけてください)							
被 保 険 者 は 免 除 対 象 者 と な り ま す か ?	はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>							
証 明 書 類 が 添 付 で き な い 理 由	被 保 険 者 も 免 除 証 明 が 必 要 な 場 合 、 「 は い 」 に ○ を し て く だ さ い。							
住 家 の 被 害 状 況 又 は 生 計 維 持 関 係 の 状 況	「申請時の注意事項」に記載のある書類の添付ができないとき、ご記入ください。							
証 明 書 類 の 添 付 が で き な い 方 の み 記 入 し て く だ さ い	(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 _____ 氏名 _____ 氏名 _____ イオン健康保険組合理事長 殿 _____ 申請者との関係 _____							
組 合 処 理 欄	交 付 年 月 日 (受 付 日)	令和 年 月 日	有 効 期 限	令和 年 月 日	台 帳 照 会			
	発 行 年 月 日	令和 年 月 日			被 保 険 者	・	取 得	
					被 保 険 者	・	認 定	
	交 付 認 定 年 月 日	常 務 理 事	交 付 認 定 伺 係	課 長	認 定 証 送 付 日	被 扶 養 者	・	認 定
	令和				令和	被 扶 養 者	・	認 定

※注意事項は裏面参照