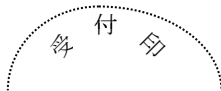


一部負担金等免除申請書(記入見本)



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 3 年 1 月 10 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 氏名 | 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 | ●●●-(〇〇〇)-×××× | | | |
| | 対象者の 氏名 | 免除証明が必要な被扶養者を全 員ご記入ください。 | | 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 令和 | 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 令和 | | | 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 令和 | 年 月 日生 | | | | | | | |
| 免除を申請 する理由 | 令和2年7月豪雨により 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) | | | | | | | | |
| ※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 記 入 欄 | 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。 | | | | | | | |
| | 申請者 | (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) の申立が正しいことを証明します。 住所 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 | | |
| | 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 | 令和 | 認定 | | |
| | 令和 | | | | | | 認定 | | |