

## 健康保険一部負担金等免除申請書

| 被保険者証     |    | 記号   |     |      | 番号  |   |   |  |
|-----------|----|--|-----|------|-----|---|---|--|
| 被保険者      | 氏名 | (姓ガカ)  | 男・女 | 生年月日 | 昭平令 | ・ | ・ |  |
| 被扶養者      | 氏名 | (姓ガカ)  | 男・女 | 生年月日 | 昭平令 | ・ | ・ |  |
| 被扶養者      | 氏名 | (姓ガカ)  | 男・女 | 生年月日 | 昭平令 | ・ | ・ |  |
| 被扶養者      | 氏名 | (姓ガカ)  | 男・女 | 生年月日 | 昭平令 | ・ | ・ |  |
| 被扶養者      | 氏名 | (姓ガカ)  | 男・女 | 生年月日 | 昭平令 | ・ | ・ |  |
| 免除を申請する理由 |    | 令和7年3月23日に発生した林野火災により<br>1 住家が全壊(全焼、全流失)・半壊(半焼)・床上浸水したため<br>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<br>3 主たる生計維持者の行方が不明のため<br>4 主たる生計維持者が業務を廃止し、又は休止したため<br>5 主たる生計維持者が失職し、現在収入がないため |     |      |     |   |   |  |

※ 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ご記入下さい。

被保険者が免除対象者とならない場合は次の空欄のチェックをお願いします。・・・

以上申請します。

令和 年 月 日

申請者(被保険者又は被扶養者)

住所(居所) :

氏 名 :

電話番号 :

東京化粧品健康保険組合理事長 殿

受付日付印

※住所(居所)と異なるところへ送付希望の場合はこちらにご記入下さい

※下記については、証明書類の添付ができない方のみご記入下さい。

|                        |  |
|------------------------|--|
| 証明書類が添付<br>できない理由      |  |
| 住家の被害状況又は<br>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ご記入下さい。)

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

申請者との関係

東京化粧品健康保険組合理事長 殿

●申請する際、以下の書類の添付をお願いします。

①住家が全壊(全焼、全流失)・半壊(半焼)・床上浸水した場合

被災証明書・り災証明書の写し

(り災証明書の交付を受けることが困難な場合は、仮設住居入居契約書、一時使用住宅入居契約書等、家屋の全半壊もしくは全半焼を前提条件とする契約にかかる書類)

②主たる生計維持者が死亡もしくは重篤な傷病を負った場合

i 被災証明書・り災証明書の写し

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 災害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

ア 世帯全体の住民票の写し又は被保険者証の写し

イ 生計維持関係が判別できる所得証明書の写し

③主たる生計維持者の行方が不明である場合

警察等に行方不明にかかる届出をしていることが確認できるもの

④主たる生計維持者が業務を廃止し、又は休止した場合

公的に交付される書類であり、事実の確認が可能なもの(税務署に提出する廃業届、異動届の控え等)

⑤主たる生計維持者が失職し、現在収入がない場合

雇用保険の受給資格者証、事業主等による証明