

健保組合 使用欄	受付日	年 月 日		
	常務理事	事務長	担当	担当

豊田通商健康保険組合 宛

一部負担金等免除申請書

被 保 険 者 欄	資格情報		フリガナ	申請日	年 月 日
	記号	番号	被保険者 氏名	電話番号	
				生年月日	
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日

(注) 記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書 のいずれかでご確認ください。

被扶養者	フリガナ		生年月日		
	氏名		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
被扶養者	フリガナ		生年月日		
	氏名		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
被扶養者	フリガナ		生年月日		
	氏名		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
被扶養者	フリガナ		生年月日		
	氏名		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
被扶養者	フリガナ		生年月日		
	氏名		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
免除を申請する理由	災害により <input type="checkbox"/> 1 住家の全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災のため <input type="checkbox"/> 2 主たる生計維持者が死亡又は重篤な傷病を負ったため <input type="checkbox"/> 3 主たる生計維持者の行方が不明のため <input type="checkbox"/> 4 主たる生計維持者が業務を廃止、又は休止のため <input type="checkbox"/> 5 主たる生計維持者が失職し、現在収入がないため <input type="checkbox"/> 6 その他1～5に準じた事情があるため				

※ 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下さい。
 被保険者が免除対象とならない場合は次の空欄をチェックして下さい。 ……………

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

印

※ 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	
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。

令和 年 月 日

住所

氏名

印

申請者との関係

豊田通商健康保険組合理事長 殿

● 申請する際、以下の書類を添付してください。

① 住家が全半壊若しくは全半焼した場合

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、仮設住居入居契約書、一時使用住宅入居契約書、家屋の全半壊若しくは全半焼を前提条件とする契約に係る書類）

② 主たる生計維持者が死亡若しく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

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

警察等に行方不明者に係る届出をしていることが確認できるもの

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