

常務理事	事務長	業務部長	業務課長		担当者	起案	・	・
						施行	・	・

健康保険一部負担金等免除申請書

被保険者等 記号一番号	—	事業所名称				
被保険者氏名	男 女	生年月日	昭和 平成	年	月	日

免除申請する被保険者・被扶養者	氏名	男 女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名	男 女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名	男 女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名	男 女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日

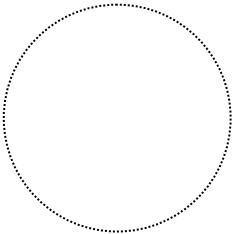
免除を申請する理由（該当する番号に○印をつけてください。）		
「令和8年熊本地震」により 1. 住宅が全半壊又は全半焼、又はこれに準ずる被災をしたため 2. 主たる生計維持者が重篤な傷病を負ったため 3. 主たる生計維持者の行方が不明なため ※それぞれの場合に応じて添付書類が必要です。（別紙を参照してください。）		
被保険者の住所	〒 — 電話番号（ ） —	
免除証明書の送付先 ※上記と異なる場合のみ 記入してください。	住 所 (事業所名・所在地 ・部署名等)	〒 — 電話番号（ ） —
	受取人氏名	被保険者との関係（ ）

上記のとおり申請します。令和 年 月 日

大阪府電設工業健康保険組合理事長 様

受付日付印

被保険者氏名	
--------	--



添付書類

○申請の際には、以下の書類を添付してください。

1. 住宅が全半壊又は全半焼、又はこれに準ずる被災をした場合
罹災証明書の写し（罹災証明書の交付を受けることが困難な場合は、仮設住宅入居契約書、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係る書類の写し）
2. 主たる生計維持者が重篤な傷病を負った場合
罹災により1ヵ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
3. 主たる生計維持者の行方が不明な場合
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の写し

○上記証明書類の添付ができない場合は以下に記入し、事業主等の証明を受けてください。

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者の状況		
(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。		
大阪府電設工業健康保険組合理事長 様		
令和 年 月 日		
証 明 者	住 所	
	氏 名	
	申請者との関係	事業主・親類・知人（ ）