|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 担　当 |
|  |  |  |

一部負担金等免除申請書

（令和２年７月豪雨災害時）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | － | | | | 事業所名 | |  | | |
| 被保険者  氏名 |  | | | | 生年  月日 |  | | 性別 | 男・女 |
| 免除を申請する被保険者・被扶養者 | 氏名 | | 男  女 | | 生年  月日 |  | | 続柄 |  |
| 氏名 | | 男  女 | | 生年  月日 |  | | 続柄 |  |
| 氏名 | | 男  女 | | 生年  月日 |  | | 続柄 |  |
| 氏名 | | 男  女 | | 生年  月日 |  | | 続柄 |  |
| 氏名 | | 男  女 | | 生年  月日 |  | | 続柄 |  |
| 免除を申請する理由 | | | | | | | | | |
| 1. 令和２年７月豪雨 | | | | | | | | | |
| 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 | | 〒　　　－  電話番号（　　　　　　）　　　　　－ | | | | | |
| 受取人名 | | 本人との関係（　　　　　） | | | | | |

※　申請書の欄には被保険者及び免除対象となる被保険者・被扶養者を記入してください。

※　罹災証明書の写しを添付してください。

長瀬産業健康保険組合理事長殿

上記の通り申請いたします。

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　印