

(新規・再交付)

※いずれかに○をつけてください。  
新規：現在お持ちの保険証記号番号において初めて申請する場合  
再交付：現在お持ちの保険証記号番号の免除証明書が紛失、氏名変更した場合等

健康保険一部負担金等免除申請書

被保険者証	記号		番号	
事業所名		(電話番号) - -		
被保険者	氏名	ふりがな	男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日

免除対象者	対象者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者(本人)分のみ <input type="checkbox"/> 2. 被扶養者(家族)分のみ……………①欄に対象のご家族の情報をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 3. 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分…①欄に対象のご家族の情報をご記入ください。			
	⑦被保険者	氏名	同上	生年月日 同上	
	①被扶養者	氏名	ふりがな	男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日
		氏名	ふりがな	男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日
		氏名	ふりがな	男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日

免除理由	東日本大震災により ④. 東京電力福島第一原発事故に伴う避難指示区域等に住所を有していた方 <b>■避難指示区域等の住所を必ずご記入ください</b> [ ] ※避難指示区域等とは、警戒区域、計画的避難区域、緊急時避難準備区域、特定避難勧奨地点の4つの区域等をいいます。 ※上位所得者（標準報酬月額が53万円以上の被保険者およびその被扶養者）の場合、区域によって免除に該当しない場合があります。
------	---

以上申請します。

令和 年 月 日

申請者情報	申請者である被保険者又は被扶養者についてご記入ください。	
	住所(居所)	〒 都道府県
	氏名	
	電話番号	( )
送付希望先	上記申請者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合のみご記入ください。	
	住所	〒 都道府県
	宛名	
	電話番号	( )

全国健康保険協会 福島支部長 殿

受付印

※照会を差し上げる場合がありますので、電話番号は携帯電話等連絡可能な番号をご記入ください。

※ご提出の際には、免除を申請する理由に応じて証明書類が必要です。詳しくは裏面をご覧ください。

※証明書類の添付が困難な場合は、裏面「申立欄」に記入し、可能な限り事業主、親類、知人等より証明を受けてご提出ください。

下記については、証明書類が添付できない方のみ記入してください

申立欄	証明書類が添付できない理由	
-----	---------------	--

(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	都 道 府 県
氏 名	印
電話番号	(                      )
申請者との関係	

全国健康保険協会 福島支部長 殿

### 証明書類のご案内

申請書を提出される際は、以下の書類を添付してください。

- 警戒区域、計画的避難区域、緊急時避難準備区域に住所を有していた方  
避難指示等の対象地域に居住していたことが確認できる書類の写し  
(被災・罹災証明書、住民票、免許証 (H23.3.11 以前の交付日) など)
- 特定避難勧奨地点に指定され、避難している場合 (①②の写し両方を添付)
  - ①特定避難勧奨地点に指定されたことが確認できる書類
  - ②避難していることが確認できる書類 (入居に伴う契約書等)

※保険証記号番号の変更等で新たにご申請する場合は、上記の書類を必ず添付してください。