

健康保険一部負担金等免除申請書
(令和6年能登半島地震)



記号・番号	加入 支部	支部	記号		番号	
事業所名	(電話番号) — —					
被保険者	氏名	(ふりがな)	生年月日	昭和 ・ 平成	年	月 日

免除対象者に○を （該当記号「ア」 「イ」 「エ」）	ア	被保険者（本人）分								
	イ	被扶養者氏名	(ふりがな)	枝番		生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日
		被扶養者氏名	(ふりがな)	枝番		生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日
		被扶養者氏名	(ふりがな)	枝番		生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日
		被扶養者氏名	(ふりがな)	枝番		生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日
		被扶養者氏名	(ふりがな)	枝番		生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日
免除○をのし て申請理由に い	令和6年能登半島地震により 1. 住家が全半壊、全半焼、床上浸水したため 2. 被保険者が重篤な傷病を負ったため 3. 被保険者の行方が不明のため 4. 被災者生活再建支援法に規定する長期避難世帯となったため ※ 令和6年能登半島地震により、主たる生計維持者が①亡くなられた方②重篤な傷病を負われた方 ③行方不明である方④業務を廃止し、又は休止した方⑤失職し、現在収入がない方については、 お近くの全国健康保険協会支部へお問い合わせください。									

以上、申請します。

令和 年 月 日

申請者(被保険者または被扶養者)

被災時 住所	〒									都道 府県	
氏名	印				電話番号	— —					
証明書送付先 ※「被災時住所」と同じ場合 は記入不要	〒									都道 府県	電話番号(— —) (様方)

全国健康保険協会 支部長 殿

※「被災時住所」欄には、令和6年能登半島地震発生時の住所をご記入ください。

※「証明書送付先」欄は、免除証明書の送付先を「被災時住所」以外とする場合にご記入ください。（転居先、避難先、お勤め先等へ送付を希望される場合）

※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日中に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。

● 申請する際、免除を申請する理由により、以下の書類を添付してください。

- ① 令和6年能登半島地震により、住家が全半壊、全半焼、床上浸水した場合
罹災証明書の写し
- ② 令和6年能登半島地震より、被保険者が重篤な傷病を負った場合
罹災により1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の写し
- ③ 令和6年能登半島地震により、被保険者の行方が不明である場合
警察等に行方不明者に関する届出をしていることが確認できるものの写し
- ④ 令和6年能登半島地震により、被災者生活再建支援法に規定する長期避難世帯の指定を受けた場合
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