

記載例

決 裁	理事長	事務長	課長(補)	係	受付日

令和元年台風第19号により被災した被保険者に係る  
国民健康保険 一部負担金 免除申請書

被保険者証 記号・番号	記号						番号						第一種組合員または特別組合員の世帯は2桁・3桁、 第二種組合員(従業員)世帯は2桁・3桁-3桁を 記載してください(被保険者証に記載された番号)	
	被保険者氏名						性別		生年月日					
組合員	被災された組合員(第一種組合員、特別組合員、第二種組合員)のお名前						男・女		年 月 日生					
世帯員	上記該当組合員の世帯に所属する世帯員氏名 (医師国保加入者のみ)						男・女		年 月 日生					
							男・女		年 月 日生					
							男・女		年 月 日生					
住所	上記該当組合員のご住所													
申請理由	※該当する番号を○で囲んでください  令和元年台風第19号により 1 住家が全半壊、全半焼、床上浸水またはこれに準ずる被災をしたため 2 主たる生計維持者が死亡し、または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であるため 4 主たる生計維持が業務を廃止し、または休止したため 5 主たる生計維持が失職し、現在収入がないため													
上記のとおり、関係書類を添えて届出いたします。 令和 年 月 日												申請者は該当世帯の組合員 第一種組合員・特別組合員・第二種組合員のいずれか		
						〒		住所						
						第一種組合員		氏名						
						特別組合員								
						第二種組合員								
長野県医師国民健康保険組合理事長												殿		

※関係書類(写でも可)

1	住家が全半壊、全半焼、床上浸水またはこれに準ずる被災をしたため	罹災証明書
2	主たる生計維持者が死亡し、または重篤な傷病を負ったため	死亡診断書、医師の診断書(1か月以上の治療を有すると認められるもの)
3	主たる生計維持者の行方が不明であるため	警察に提出した行方不明の届出の写しなど
4	主たる生計維持が業務を廃止し、または休止したため	公的に交付される書類であって、事実の確認が可能なもの
5	主たる生計維持が失職し、現在収入がないため	雇用保険の受給資格証、事業主等による証明

組合使用欄

理事会承認日	令和 年 月 日
--------	----------