

記載例

決 裁	理事長	事務長	課長(補)	係	受付日

令和2年7月豪雨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	<p>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)</p>		
	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	<p>※該当する番号を○で囲んでください</p> <p>令和2年7月豪雨により</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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 主たる生計維持者の行方が不明であるため 主たる生計維持が業務を廃止し、または休止したため 主たる生計維持が失職し、現在収入がないため <p>床下浸水は対象外</p>				
<p>上記のとおり、関係書類を添えて届出いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒</p> <p>第一種組合員 住所</p> <p>特別組合員</p> <p>第二種組合員 氏名</p> <p>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</p> <p>長野県医師国民健康保険組合理事長 殿</p> <p>印</p>					

※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
--------	----------