

| | | | | |
|--------|-----|-----|-------|---|
| 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 | |
| | | | |
| | 被保険者氏名 | 性別 | 生年月日 |
| 組合員 | | 男・女 | 年 月 日生 |
| 世帯員 | | 男・女 | 年 月 日生 |
| | | 男・女 | 年 月 日生 |
| | | 男・女 | 年 月 日生 |
| 住所 | | | |
| 申請理由 | ※該当する番号を○で囲んでください 令和2年7月豪雨により 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 〒 第一種組合員 住所 特別組合員 第二種組合員 氏名 (印) 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 |
|--------|----------|