

書類の提出先

在職者：被保険者（被扶養者）→事業場、地区の人事・総務担当者 →花王健康保険組合

任意継続者：被保険者（被扶養者）→花王健康保険組合

### 健康保険一部負担金等免除申請書

被 保 険 者 証		記 号		番 号	
被 保 険 者	氏 名		男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名		男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名		男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名		男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名		男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日
被 扶 養 者	氏 名		男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日
免除を申請する理由 (該当する□に✓)	令和6年能登半島地震により				
2枚目に記載の書類を添付 してください。	<input type="checkbox"/> ①住家の全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をしたため				
	<input type="checkbox"/> ②主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負ったため				
	<input type="checkbox"/> ③主たる生計維持者の行方が不明であるため				
	<input type="checkbox"/> ④主たる生計維持者が業務を廃止し、又は休止したため				
	<input type="checkbox"/> ⑤主たる生計維持者が失職し、現在収入がないため				

- ※ 申請書の欄には、被保険者及び免除対象となる被扶養者の方を記入して下さい。
- ※ 被保険者が免除対象者とならない場合は、右の□にチェックして下さい。…………… □
- ※ 2枚目に記載の証明書類を添付してご提出ください。

花王健康保険組合理事長 殿

上記の通り、申請します。

令和 年 月 日

申請者 (被保険者又は被扶養者)

住 所 (居所)

氏 名

※ 免除証明書の送付先が上記住所と異なる場合は、下記に記入して下さい。

- ・住所 〒 ー 県
- ・宛 名 様
- ・連絡先

人事総務担当	健保受付	健保処理	事務長	常務理事

●申請の際は原則、以下の証明書類を添付してください。

① 住家が全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をした場合

・『罹災証明書（写）』または、『被災証明書（写）』

② 主たる生計維持者が死亡した場合

・『死亡診断書（写）』

・『世帯全員の住民票（写）』

主たる生計維持者が重篤な傷病を負った場合

・『罹災により1ヶ月以上の治療を要すると認められる旨の記載のある診断書（写）』

・『世帯全員の住民票（写）』

③ 主たる生計維持者の行方が不明である場合

・『警察に提出した行方不明の届出の写し』入手困難な場合は、『行方が不明である旨の状況記載した申立書』（任意書式）

・『世帯全員の住民票（写）』

④ ⑤主たる生計維持者が業務を廃止・休止または失職し現在収入がない場合

・『廃業の届出（写）』または、『離職票（写）』入手困難な場合は、『従前の業種と廃止した旨状況を記載した申し立書』（任意書式）

・『世帯全員の住民票（写）』