常務理事	事務長	事務長補佐	課長	主任	係

健康保険一部負担金等免除申請書

被保険者証記号・番号		記　号		番　号	
被保険者	勤務先名				
	氏 名	男・女	続柄 本人	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
被扶養者	氏 名	男・女	続柄	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
	氏 名	男・女	続柄	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
	氏 名	男・女	続柄	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
	氏 名	男・女	続柄	生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
免除を申請する理由	令和６年能登半島地震により被災し、災害救助法の適用地域の住民である。 １．住家が全壊したため　　２.住家が半壊したため ３.その他の理由（　　）				

※氏名の欄には被保険者及び免除対象となる被扶養者を記入してください。
被保険者が免除対象者とならない場合は次の空欄をチェックして下さい。…… □

東京紙商健康保険組合理事長殿　　上記のとおり申請します。　　令和　　年　　月　　日

住所（居所）	〒　　- 連絡先電話番号（　　－　　－　　）
被保険者氏名	

免除証明書送付先	1.会社宛　2.被保険者住所（上記）　3.その他（下記に住所記載） 〒　　-
送付先名（被保険者と同一の場合は記入不要）	

＜添付書類＞

1. 「罹災証明書」の写し
2. 「罹災証明書」に被保険者の氏名の記載がない場合、災害当時の住所が確認できる書類。　（免許証のコピー・住民票等）

※食事療養標準負担額・生活療養標準負担額・柔道整復師・あんま、マッサージ、指圧師・はり灸師による施術及びその他の療養費は対象外です。

付　年　月　受　日

送付先　〒103-0007　東京都中央区日本橋浜町2-42-10　　東京紙商健康保険組合　☎03-3666-2522