|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証 | 記号 |  | 番号 |  |
| 被保険者 | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 住所 |
|  | 昭・平　　　　年　　　月　　　日 | 男・女 |  |
| 減免等を希望する対象者  **＊被保険者も対象者であれば、ご記入願います。** | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 住所 |
|  | 昭・平　　　　年　　　月　　　日 | 男・女 |  |
|  | 昭・平　　　　年　　　月　　　日 | 男・女 |  |
|  | 昭・平　　　　年　　　月　　　日 | 男・女 |  |
|  | 昭・平　　　　年　　　月　　　日 | 男・女 |  |
|  | 昭・平　　　　年　　　月　　　日 | 男・女 |  |
| 減免等を申請する理由  **＊該当に○をご記入願います。**  **＊対象者である事実を確認できる書類の写を添付願います。** | ア）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ため  　　　イ）主たる生計維持者が重篤な疾病（１ヶ月以上の治療を有すると認められるもの）を負ったため  　　　ウ）主たる生計維持者の行方が不明であるため | | | |

一部負担金等 徴収猶予 申請書（平成30年7月豪雨による被災者）

大日本印刷健康保険組合 理事長殿

上記のとおり申請いたします。

平成　　　年　　　月　　　日

被保険者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　㊞