（様式２）

国民健康保険一部負担金等免除申請書

被保険者証番号		記　号		番　号	
被保険者	住　所			生年月日	昭・平　.　.
	氏　名			性　別	男・女
被保険者	住　所			生年月日	昭・平　.　.
	氏　名			性　別	男・女
被保険者	住　所			生年月日	昭・平　.　.
	氏　名			性　別	男・女
被保険者	住　所			生年月日	昭・平　.　.
	氏　名			性　別	男・女
被保険者	住　所			生年月日	昭・平　.　.
	氏　名			性　別	男・女
被保険者	住　所			生年月日	昭・平　.　.
	氏　名			性　別	男・女
免除を申請する理由		平成 30 年７月豪雨により 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旨 ② 主たる生計維持者が重篤な傷病を負った旨 ③ 主たる生計維持者の行方が不明である場合 ④ 主たる生計維持者が業務を廃止し、又は休止した旨			

以上申請します。

平成　　年　　月　　日

（申請者）〒

住　所

氏　名　　印

全国歯科医師国民健康保険組合理事長　殿