（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
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		※罹災原因、年月日等を詳細にご記入ください。			

以上申請します。

令和　　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

※ 下記については、証明書類の添付ができない方のみ記入してください。

証明書類が添付できない理由	

免除措置開始年月日（この欄は記入しないでください。）	

（※欄に記入された方の関係者の方が記入してください。）

申請者　　の申立が正しいことを証明します。

令和　　年　　月　　日

〒
住　所

氏　名　　印

申請者との関係

全国歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

● 申請する際、被保険者証を提出するとともに必要に応じて、以下の書類を添付してください。

① 住家の全半壊、全半焼、床上浸水はこれに準じる被災をした場合
罹災証明書・被災証明書

② 主たる生計維持者が重篤な傷病を負った場合
医師の診断書

③ 主たる生計維持者の行方が不明である場合
警察等に行方不明者に係る届出をしていることが確認できるもの

④ 台風 19 号により主たる生計維持者が業務を廃止し、若しくは休止し、又は失職し、現在収入がない場合
i 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
(税務署に提出される廃業届、異動届の写し等)
ii 事業主等による証明書（公的に発行される書類による確認が困難な場合に限る。）