当組合が申請書を**受理した日から有効**な証明書を交付します

※組合使用欄

| マネジャー | ｱｼｽﾀﾝﾄﾏﾈｼﾞｬｰ | ﾁｰﾑﾘｰﾀﾞｰ | スタッフ |
|---|---|---|---|
| | | | |

# 健康保険 一部負担金等(免除・減額・徴収猶予)申請書

台風・大雨等の災害により被災された方を対象に、当組合では医療機関等の窓口でお支払いただく一部負担金等の支払免除・減額・徴収猶予の対応を行っております。該当される方は別紙「注意事項」をご一読のうえご申請ください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者情報 | 被保険者等記号・番号 | 記号　　番号<br>— | 被保険者氏名<br>生年月日 | (フリガナ)<br>昭・平・令　年　月　日 |
| | 被保険者の現住所（※1） | 〒□□□−□□□□ | 日中連絡のとれる電話番号 | 自宅　−　−<br>携帯　−　− |

下記の者について健康保険一部負担金等免除・減額・徴収猶予証明書の交付を申請します。

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 申請対象者 | 本人 | 被保険者氏名<br>生年月日 | 昭・平・令　年　月　日 | 被保険者との続柄 | | 性別 | 男・女 |
| | 家族 | 被扶養者氏名<br>生年月日 | 昭・平・令　年　月　日 | 被保険者との続柄 | | 性別 | 男・女 |
| | | 被扶養者氏名<br>生年月日 | 昭・平・令　年　月　日 | 被保険者との続柄 | | 性別 | 男・女 |
| | | 被扶養者氏名<br>生年月日 | 昭・平・令　年　月　日 | 被保険者との続柄 | | 性別 | 男・女 |
| | | 被扶養者氏名<br>生年月日 | 昭・平・令　年　月　日 | 被保険者との続柄 | | 性別 | 男・女 |

| | |
|---|---|
| 被災されたご住所 | 〒□□□−□□□□　※被保険者の現住所と異なるときのみ記入 |
| 申請理由<br>※該当番号・項目に○ | 令和8年11月20日からの大雪に伴う災害により<br>1．住家が全壊・全焼したため<br>2．( 自己の所有する ・ 自己の所有ではない ) 住家が半壊・半焼したため　※2<br>3．住家が一部損壊したため<br>4．その他（　　） |

【添付書類】 **別紙「注意事項」をご参照ください**

受付日付印

※1　証明書は「被保険者の現住所」へ記載されたご住所へ送付します。

※2　被災した住家が自己の所有財産であるか、そうでないか(借家や賃貸マンション等)をご選択ください。

令和　　年　　月　　日

| | |
|---|---|
| 申請書提出先<br>(郵送・窓口) | 〒102-8017　東京都千代田区富士見1-12-8　ＴＪＫプラザ<br>東京都情報サービス産業健康保険組合　給付グループ宛<br>**03-3239-9817** 平日9：00～17：00 (祝日・年末年始を除く) |

マイナンバーにより申請される方は下記へ記入してください。
マイナンバーを記入する場合、個人番号及び本人確認をするための添付書類が必要です。

窓口でご提出いただいた場合はお預かりし作成でき次第、郵送での交付となります。

| | |
|---|---|
| 社会保険労務士の提出代行者名記載欄 | |