

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	アシスタントマネジャー	チームリーダー	スタッフ

健康保険 一部負担金等免除申請書

東日本大震災により被災され、東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う避難指示等対象地域にお住まいの被保険者および被扶養者の方を対象に、当組合では医療機関等の窓口でお支払いいただく一部負担金等の支払免除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	被 保 険 者 氏 名	(フリガナ)	
		—				
	被 保 険 者 の 現 住 所 (※1)	〒				昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日
						日中連絡のとれる電話番号
					自宅 - -	
					携帯 - -	

下記の者について健康保険一部負担金等免除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		被 保 険 者 と の 続 柄		性 別	男 ・ 女
		生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日				
	家 族	被 扶 養 者 氏 名		被 保 険 者 と の 続 柄		性 別	男 ・ 女
		生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日				
		被 扶 養 者 氏 名		被 保 険 者 と の 続 柄		性 別	男 ・ 女
		生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日				
		被 扶 養 者 氏 名		被 保 険 者 と の 続 柄		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日						
	被 扶 養 者 氏 名		被 保 険 者 と の 続 柄		性 別	男 ・ 女	
	生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日					
被 災 さ れ た ご 住 所		〒 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇 ※被保険者の現住所と異なるときのみ記入					
申 請 理 由 ※該当番号・項目に○		東日本大震災により 1. 旧避難指示区域等に指定されたため 2. 帰還困難区域等に指定されたため 3. 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。

令和 年 月 日

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

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	
--------------------------------------	--

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。