

減 額  
一 部 負 担 金 等 免 除 申 請 書  
徴 収 猶 予

東京電子機械工業健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

## ●被災した日・災害内容（下記㊤をご覧ください）

被災日：令和 年 月 日 災害内容：

## ●被保険者詳細（全て記入し、押印してください）

被保険者証 記号・番号	記号：	番号：	事業所 名称	
被保険者 (申請者)	氏名		㊤	生年月日 昭和・平成 年 月 日
	住所 (送付先)	〒 連絡先電話番号		

## ●減額等を希望する対象者

氏名	生年月日	性別	備考
	昭和・平成・令和 年 月 日	男 女	
	昭和・平成・令和 年 月 日	男 女	
	昭和・平成・令和 年 月 日	男 女	
	昭和・平成・令和 年 月 日	男 女	
	昭和・平成・令和 年 月 日	男 女	
	昭和・平成・令和 年 月 日	男 女	

## ●減額等を申請する理由（いずれかに○を付けてください）

- 1.住家が全壊したため
- 2.住家が半壊したため
- 3.その他の理由

受付日付印

㊤災害内容は「台風12号」や「奄美地方豪雨」などご記入ください。

※住家が全壊及び半壊を証明する「り災（被災）証明書」を添付してください。

※食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は免除（減免）の対象外です。