

## 国民健康保険一部負担金免除申請書(令和元年台風第19号)

組合員	被保険者証 記号・番号	宮医	勤務先名称			
	1. 第1種組合員 2. 第2種組合員 (○で囲む)	氏名	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日
		住所	TEL( ) -			
被保険者(家族)	氏名	男・女	組合員との続柄 (例:長男)	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
被保険者(家族)	氏名	男・女	組合員との続柄 (例:長男)	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
被保険者(家族)	氏名	男・女	組合員との続柄 (例:長男)	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
被保険者(家族)	氏名	男・女	組合員との続柄 (例:長男)	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
免除を申請 する理由  (該当する番号に○を してください)	令和元年台風第19号に伴う災害の被災により 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方(罹災証明書の写し) 2. 主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負われた方 3. 主たる生計維持者の行方が不明である方 4. 主たる生計維持者が業務を廃止し、又は休止された方 5. 主たる生計維持者が失職し、現在収入がない方					

以上、申請します。

令和 年 月 日(届出日)

第1種組合員 住所

第2種組合員 氏名

(○で囲む) TEL ( ) -

印

宮城県医師国民健康保険組合理事長 様

## 【医師国保記入欄】

会計常務理事	会計理事	事務長	担当者	確認欄		備考
				<input type="checkbox"/> 罹災証明書	<input type="checkbox"/> その他の証明書	
				<input type="checkbox"/> 証明書送付	( )	
				発行年月日	令和 年 月 日	

## 【添付する証明書類】

- 申請する際、免除を申請する理由により、以下の書類を添付してください。
  - ① 住家が全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準じる被災をした場合  
り災証明書・被災証明書(写し可)
  - ② 主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負った場合
    - イ 主たる生計維持者が死亡した場合
      - i り災証明書・被災証明書(写し可)
      - ii iにその旨の記載がない場合は、死亡診断書
      - iii iiのみでは判断困難な場合は、併せて死亡診断書に準じる医師により証明書
      - iv 警察の発行する死体検案書
    - ロ 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 主たる生計維持者が業務を廃止し、又は休止した場合又は失職し、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。)
  - ⑤ 主たる生計維持者が失職し、現在収入がない場合  
雇用保険の受給資格者証・事業主等による証明書等