ジブラルタ健康保険組合　行

健康保険一部負担金等免除申請書

		提出日	年　月　日
被保険者氏名 （自署）		健康保険 記号－番号	－ ※日中連絡可能な電話番号
		連絡先電話番号	－　－

送付先 ※社内便 or 簡易書留で送付します 【希望する送付先に☑し、自宅で受け取り希望の場合は住所等を記入】	□　会社 □　自宅　〒（　－　） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

↓当組合の被保険者・被扶養者で「一部負担金等証明書」の免除対象になる方をご記入ください。

区分	氏　名	続　柄	性　別	生年月日
被保険者		本人	男・女	S・H　年　月　日生
被扶養者			男・女	S･H･R　年　月　日生
被扶養者			男・女	S･H･R　年　月　日生
被扶養者			男・女	S･H･R　年　月　日生
被扶養者			男・女	S･H･R　年　月　日生
災害原因				

免除を申請する理由	災害救助法の適用地域に居住し以下のとおり被災しました。 □①住家が全半壊・全半焼・床上浸水 □②主たる生計維持者が１か月以上の治療を要する重篤な傷病を負った

□本申請書に関する書類を事業主経由で提出することについて、同意しない方のみ☑

＜免除の対象となる一部負担金の範囲＞
保険医療機関・調剤薬局・訪問看護療養費に係る一部負担金
（食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額に相当するものや差額ベッド代および柔道整復師、あん摩・マッサージ・指圧師、鍼灸師による施術費用の自己負担金は除く）

【添付書類】

- **①「り災証明書（写)」**
  ※「り災証明書」に免除対象者の氏名が記載されていない場合、り災証明書の他に被災当時の居住が確認できる書類（世帯全員の「住民票」・「運転免許証などの写」）を添付してください。
- **②「医師の診断書」**※1か月以上の治療を要すると認められる旨の記載のある医師の診断書

※上記の「り災証明書」等の添付ができない方は、理由と状況を記入し事業主で証明を受けてください。

災害原因	
り災年月日	
り災場所	
り災物件	
住家の被害状況	□全壊　□半壊　□床上浸水　□その他（　）
証明書類が添付できない理由	
事業主証明欄 （事業主欄は本社＜GIB は給与厚生ﾁｰﾑ＞で証明）	申立が正しいことを証明いたします。 年　月　日　事業主＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※自治体より発行され次第ご提出（後送）ください。

〈健保組合使用欄〉

伺い日	年　月　日	常務理事	事務長	役職者	担当者
交付日	年　月　日				
交付枚数	枚				

健-24（2026.4）

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合
GIB・PGF：大槻事務所
CLIS・ｺﾐｭﾆﾃｨ SKY・PGI・三栄収納ｻｰﾋﾞｽ・PGﾋﾞｼﾞﾈｽｻｰﾋﾞｽ・GIB 労働組合：各事業主の健康保険担当
※各事業主の健康保険担当一覧は右記二次元コードからご確認ください
※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送して下さい。