

健康保険一部負担金等免除申請書

提出日		① 2024年 4月 1日			
被保険者氏名 (自署)	③ 健保 太郎		被保険者証 記号-番号	② 1-000000	
			連絡先電話番号	※日中連絡可能な電話番号 ④ 090(0000)0000	
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】	⑤ <input type="checkbox"/> 会社 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅		〒 (170 -XXXX) 東京都豊島区東池袋 X-X-X		
↓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	⑥ 健保 花子	本人	男・女	S・H	2年 1月 1日生
被扶養者	健保 一郎	長男	男・女	S・H・R	1年 3月 1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	⑦ ○月○日に起きた○○県沖の地震				
免除を申請する理由	⑧ <input checked="" type="checkbox"/> ①住家が全半壊・全半焼・床上浸水 <input type="checkbox"/> 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				

<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	<input type="checkbox"/> 全壊 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 床上浸水 <input type="checkbox"/> 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でご提出(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
交付日	年 月 日				
交付枚数	枚				

【次のような場合にこの申請書をご使用ください】

災害救助法の適用地域にお住まいで被災された方を対象に、保険医療機関等にて支払う一部負担金等を免除する場合に申請します

◆添付書類

(1)り災証明書(写)…住家が全半壊・全半焼・床上浸水に該当する場合

※「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…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場合

※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

【記入要領(記入例の番号と照合してください)】

①申請日

申請日(書類記入日)をご記入ください

②被保険者証記号・番号

被保険者証に記載のある記号・番号をご記入ください

③被保険者氏名・生年月日

被保険者の氏名を自署でご記入ください

④被保険者連絡先

被保険者の日中連絡可能な電話番号をご記入ください

※不備等があった場合にご連絡する場合があります

⑤送付先

希望する送付先にチェックし、自宅で受け取り希望の場合は被保険者住所をご記入ください

⑥免除対象者

当組合の被保険者・被扶養者で「一部負担金等証明書」の免除申請対象になる方の「氏名」「続柄」「性別」「生年月日」をご記入ください。

⑦災害原因

いつ・どこでの被災か、災害の原因をご記入ください

⑧免除を申請する理由

災害救助法の適用地域に居住し、被災したために免除を申請する理由にチェックしてください

【提出先】以下の提出先もしくは当健保組合

※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。

各事業主の健康保険担当			
事業主名		担当部署	
ジブラルタ生命保険株式会社		社会保険労務士法人 大槻経営労務管理事務所 以下イントラを確認いただき、専用の送付状貼付のうえ提出します。 格納場所: Gibraltar Web Portal > 給与厚生サービス > 社会保険サブメニュー	
事業主名	担当部署	事業主名	担当部署
ブルデンシャルジブラルタファイナンシャル生命保険株式会社	人事チーム	株式会社協栄年金ホーム	総務部
株式会社CLIS	人事総務部	株式会社三栄収納サービス	総務部
株式会社PGI	総務部門	ジブラルタ生命労働組合	総務担当
PGビジネスサービス株式会社	総務部	ジブラルタ健康保険組合	総務担当