

| 村田製作所健康保険組合 |     |     |     |
|-------------|-----|-----|-----|
| 常務理事        | 事務長 | 担当者 | 担当者 |
|             |     |     |     |

一部負担金等免除申請書

※マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険証のいずれかから確認できます。

| 健康保険の記号・番号※  |            | 記号 |      | 番号                |    |
|--------------|------------|----|------|-------------------|----|
| 被保険者         | 氏名         |    | 生年月日 | 昭和・平成<br>年 月 日    | 性別 |
|              | (居所)<br>住所 |    |      |                   |    |
| 減額などを希望する対象者 | 氏名         |    | 生年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 | 性別 |
|              | 氏名         |    | 生年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 | 性別 |
|              | 氏名         |    | 生年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 | 性別 |
|              | 氏名         |    | 生年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 | 性別 |
|              | 氏名         |    | 生年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 | 性別 |

\* 添付書類：被災にかかる地方公共団体等による罹災（被災）証明書の写し  
証明書お届け先（被災時住所と同じ場合は記入不要）

住所

氏名

上記のとおり申請いたします。

年 月 日

村田製作所健康保険組合理事長 宛

被保険者 住所

氏名