

様式2

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	担当者

減 額
一部負担金等 免 除 申請書
徴収猶予

被保険者等記号番号		記 号		番 号		
被 保 険 者	氏 名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女
	被災時 住 所	〒 Tel — —				
減 額 等 を 希 望 す る 対 象 者	氏 名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女
	氏 名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女
	氏 名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女
	氏 名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女
	氏 名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女
	被災時 住 所	〒 Tel — —				
減免を申請する理由						

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

関東百貨店健康保険組合 理事長 殿

被保険者 現住所 _____

Tel — —

氏名 _____ 印

※自署の場合、押印省略可