

減 額  
一部負担金等 免 除 申請書  
徴収猶予

被保険者証 記 号		番 号	
被保険者	氏 名	生年月日	性 別
	住 所		
減額等を希望する対象者	氏 名	生年月日	性 別
	住 所		
	傷病名		
	発病又は負傷年月日	年	月 日
減 額 等 を 希 望 す る 理 由			

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

オリンパス健康保険組合理事長殿

被保険者 住 所

氏 名

Ⓔ

事 業 主 確 認	事業所 Ⓔ
-----------	-------

生活困難の認定基準 等

1. 災害等により、家屋に住めなくなり避難所などに身を寄せることになることが6ヶ月以上継続する見込まれる場合。
2. 1.のものが病気や怪我（既応症含む）で通院する必要がある見込まれる場合。
3. その他、被保険者等の居住地域の特殊事情、生活実態等を総合的に考慮して生活が困難であると健康保険組合が認めるとき。
4. 災害等により、現金が手元に無く一部負担金等の支払ができない場合は本申請をすることにより6ヶ月以内の期間を限って、徴収猶予する。原則的として3ヵ月後に健康保険組合にその猶予分を支払う。

\* 傷病名・発病又は負傷年月日が、不明の場合は未記入で可。被保険者証を滅失された場合は、再交付申請書も提出。

提出経路： 本人→事業所総務→オリンパス健康保険組合