

健康保険一部負担金等免除証明書				
被保険者証	記号		番号	
被 保 険 者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
免 除 認 定 者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
特例の内容 及び 有効期限	一部負担金の免除 お住まいの地区が災害救助法の適用を受けた日から 年 月 日まで			
<p>上記のとおり証明する。 年 月 日</p> <p>保険者番号 63132260 保険者名称 キリンビール健康保険組合 保険者所在地 東京都中野区中野四丁目10番2号 中野セントラルパークサウス</p>				

(注意事項)

この証明書は、災害救助法が定めた災害により被災した被保険者等が保険医療機関等で診療等を受けた際に支払う一部負担金等の免除措置を受けられることを証明するものです。

また、この証明書の使用にあたり、以下の事項に留意してください。

- この証明書の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自著して大切に保管してください。
- 保険医療機関等の窓口で、この証明書を被保険者証に添えて提出してください。
- 被保険者の資格がなくなったとき、被扶養者でなくなったとき又はこの証の有効期限に至ったときには、直ちにこの証明書を保険者に返してください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。
- この証明書の記載事項に変更があったときは、速やかにこの証明書を保険者に差し出して訂正を受けてください。ただし、事業主を経由しても差し支え有りません。
- 不正にこの証明書を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。

備考

- 徴収猶予・免除等必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。