様式第１号（第４関係）

東日本大震災後期高齢者医療一部負担金等免除申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出者名 |  | 本人との関係 |  |
| 連絡先電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被　保　険　者 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　－ |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 減免等の内容 | 免　　除 |
| （免除を申請する理由）　東日本大震災により、後期高齢者医療の被保険者が以下の事由のいずれかに該当したため。（申請者において該当する番号を○で囲んでください。）１　住家の全半壊、全半焼又はこれに準ずる被災をした方２　主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負った方３　主たる生計維持者の行方が不明である方４　主たる生計維持者が業務を廃止し、又は休止した方５　主たる生計維持者が失職し、現在収入がない方６　帰還困難区域等に住所を有していた方及び旧避難指示区域等又は旧居住制限区域等に住所を有していた方で上位所得層に該当しない世帯に属する方７　旧避難指示区域等又は旧居住制限区域等に住所を有していた方で上位所得層に該当する世帯に属する方８　１～５に準ずる事由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）９　６に準ずる事由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）10　７に準ずる理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 岩手県後期高齢者医療広域連合長　様上記のとおり、証明書類を添えて後期高齢者医療の一部負担金等の免除を申請します。　　年　　月　　日申請者　住所氏名　　　　　　　　　　　　　㊞ |

※　記名押印に代えて署名（被保険者本人の自署）することができます

※　証明書類の添付ができない方は、裏面を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 処理欄 | 市町村記入欄 | 広域連合記入欄 |
| 受付日 |  | 該当確認 |  | 受付日 |  |
| 受付者 |  | 本人確認 |  | 発行日 |  |
| 送付日 |  | 管理番号 |  | 送付日 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 証明書類が添付できない理由 |  |
| 　岩手県後期高齢者医療広域連合長　様上記申請者の申立てが正しいことを証明します。　　年　　月　　日住所氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞　申請者との関係　　　　　　　　　　　 |

　申請する際、被保険者証を提出するとともに必要に応じて以下の書類を添付してください。

①　住家が全半壊し、又は全半焼した場合

　　り災証明書・被災証明書

②　主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負った場合

　イ　主たる生計維持者が死亡した場合

　　ⅰ　り災証明書・被災証明書

　　ⅱ　ⅰにその旨の記載がない場合は、死亡診断書

　　ⅲ　ⅱのみでは判断困難な場合は、併せて死亡診断書に準じる医師による証明書

　　ⅳ　警察の発行する死体検案書

　ロ　主たる生計維持者が重篤な傷病を負った場合

　　　医師の診断書

③　主たる生計維持者の行方が不明である場合

　　警察に行方不明者に係る届出をしていることが確認できるもの

④　大震災により主たる生計維持者が業務を廃止し、若しくは休止し、又は失職し、現在収入がない場合

　ⅰ　公的に交付される書類であって、事実の確認が可能なもの

　ⅱ　主たる生計維持者による申立書及び事業主等による証明書（公的に発行される書類による確認が困難な場合に限る。）

⑤　帰還困難区域等、旧避難指示区域等又は旧居住制限区域等に住所を有していた場合

　　対象地域に住所を有していたことが確認できるもの

　　（後期高齢者医療広域連合において対象地域に住所を有していたことが確認できる場合は書類の添付を要しない。）