

様式第1号(第4条関係)

後期高齢者医療一部負担金等免除申請書(東日本大震災用)

届出者氏名		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	M・T・S	年	月	日	生	性別	男・女		
減免等の内容	免除								

(免除を申請する理由) 該当する番号を で囲んでください。

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。

- 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 原子力災害対策特別措置法第15条第3項の規定による、避難のための立退き又は屋内への退避に係る内閣総理大臣の指示の対象地域であるため避難又は退避を行った方。
- 7 原子力災害対策特別措置法第20条第3項の規定による、計画的避難区域及び緊急時避難準備区域の設定に係る原子力災害対策本部長の指示の対象地域となっている方。
- 8 特定避難勧奨地点(原子力災害対策特別措置法第17条第8項の規定により設置された原子力災害現地対策本部の長が、事故発生後1年間の積算線量が20mSvを超えると推定されるとして特定した住居をいう。)に居住しているため、避難を行っている方。
- 9 1~5に準ずる理由()
- 10 6~8に準ずる理由()

福島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、後期高齢者医療一部負担金の免除を申請します。

平成 年 月 日

申請者 氏名

(表 面)

下記については、証明書類の添付ができない方のみ記入してください。

証明書類の添付 ができない理由		
福島県後期高齢者医療広域連合長様		
申請者の申立てが正しいことを証明します。		
平成 年 月 日	印	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。

住家が全半壊・全半焼の被災をした場合

り災証明書、被災証明書等

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

り災証明書、被災証明書等

にその旨の記載がない場合は、死亡診断書

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死亡証明書

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

主たる生計維持者の行方が不明である場合

警察に行方不明に係る届出をしていることが確認出来るもの

公的給付等の支給決定通知書の写し

災害弔慰金の支給を受けたことが分かる書類の写し

主たる生計維持者が業務を廃止し、若しくは休止し、又は失業し、現在収入がない場合

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

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。）

避難のための立退き若しくは屋内への退避に係る内閣総理大臣の指示の対象地域であるため避難若しくは退避を行っている場合、又は計画的避難区域及び緊急時避難準備区域の設定に係る原子力災害対策本部長の指示の対象地域となっている場合

避難指示等の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。）

特定避難勧奨地点に居住しているため、避難を行っている場合

被災証明書

（裏面）