

(表 面)

様式第 1 号 (第 4 条関係)

東日本大震災に係る後期高齢者医療一部負担金支払免除申請書

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	
一部負担金減免等の内容		支 払 免 除						
(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する者であるため。 1 原子力災害対策特別措置法第 1 5 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者 2 原子力災害対策特別措置法第 2 0 条第 2 項の規定による計画的避難区域又は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た者 3 特定避難勧奨地点(原子力災害対策特別措置法第 1 7 条第 9 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 2 0 ミリシーベルトを超えると推定されるとして特定した住居をいう。)に居住していたため避難を行った者 4 1 ～ 3 に準ずる理由 ()								
福島県後期高齢者医療広域連合長								
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支払の免除を申請します。 年 月 日 申請者 氏 名								

(裏 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	
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	印 申請者との関係

申請する際、後期高齢者医療被保険者である旨の資格を確認できるものを提示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 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た場合、又は計画的避難区域若しくは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た場合
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。）
- ② 特定避難勧奨地点に居住していたため避難を行った場合
被災証明書