

【別紙1】

東日本大震災後期高齢者医療保険料減免申請書

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			
保険料の合計額					最初の納期限				

(減免を申請する理由)
 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 主たる生計維持者が居住する住家に損害を受けた方
- 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 主たる生計維持者の収入の減少が見込まれる方(事業等を廃止し、又は失業した方を含む。)
- 5 被保険者の行方が不明な方又は重篤な傷病を負った方
- 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ている方
- 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に準ずる事由 ()
- 10 6～8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保険料の減免を申請します。

平成 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。 平成 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 主たる生計維持者が居住する住家に損害を受けた場合
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
- ③ 主たる生計維持者又は被保険者が重篤な傷病を負った場合
医師の診断書
- ④ 主たる生計維持者又は被保険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
- ⑤ 主たる生計維持者の収入の減少が見込まれる場合
 - 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。）
- 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、又は同法第 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。）
- ⑦ 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
特定避難勧奨地点に居住しており、避難していることが確認できる被災証明