国民健康保険一部負担金免除申請書

（様式１）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証番号 | | 記号 |  | 番　号 | |  | |
| 被保険者 | 住所 |  | | | 生年月日 | | 昭・平　 . . |
| 氏名 |  | | | 性別 | | 男 ・ 女 |
| 被保険者 | 住所 |  | | | 生年月日 | | 昭・平　 . . |
| 氏名 |  | | | 性別 | | 男 ・ 女 |
| 被保険者 | 住所 |  | | | 生年月日 | | 昭・平 . . |
| 氏名 |  | | | 性別 | | 男 ・ 女 |
| 被保険者 | 住所 |  | | | 生年月日 | | 昭・平 . . |
| 氏名 |  | | | 性別 | | 男 ・ 女 |
| 被保険者 | 住所 |  | | | 生年月日 | | 昭・平 . . |
| 氏名 |  | | | 性別 | | 男 ・ 女 |
| 被保険者 | 住所 |  | | | 生年月日 | | 昭・平 . . |
| 氏名 |  | | | 性別 | | 男 ・ 女 |
| 免除を申請する理由 | | 平成30年７月豪雨により  １　住家が全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をしたため  ２　主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負ったため  ３　主たる生計維持者の行方が不明であるため  ４　主たる生計維持者が業務を廃止し、又は休止したため  ５　主たる生計維持者が失職し、現在収入がないため | | | | | |

以上申請します。

平成　　　年　　　月　　　日

申請者

　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

市町村長

殿

* 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、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をした方の場合

罹災証明書（長期避難世帯については必要としない）

②　主たる生計維持者が死亡した場合

死亡診断書、警察の発行する死体検案書

③　主たる生計維持者が重篤な傷病（※）を負った方の場合

医師の診断書　　※１ヶ月以上の治療を有すると認められるものをいう。

④　主たる生計維持者の行方が不明である方の場合

警察に提出した行方不明の届出の写しなど

⑤　主たる生計維持者が業務を廃止・休止した方の場合

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（税務署に提出する廃業届、異動届の控え等）

⑥　主たる生計維持者が失職し、現在収入がない方の場合

雇用保険の受給資格証、事業主等による証明

後期高齢者医療一部負担金免除申請書

（様式２）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出者名 | |  | | | | | | 本人との関係 | | | |  | | |
| 連絡先 | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | |  | |  |  |  |  | | |  | | |  |  |
| 被保険者 | フリガナ  氏名 | |  | | | | | | 生年月日 | | 昭・平　　．　． | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | 性別 | | 男　・　女 | | | |
| 住　所 | | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 減免等の内容 | | | 免　除 | | | | | | | | | | | |
| （免除を申請する理由）  平成30年7月豪雨により、後期高齢者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○で囲んで下さい。）  １　住家が全半壊、全半焼床上浸水又はこれに準ずる被災をしたため  ２　主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負ったため  ３　主たる生計維持者の行方が不明のため  ４　主たる生計維持者が業務を廃止し、又は休止したため  ５　主たる生計維持者が失職し、現在収入がないため | | | | | | | | | | | | | | |

※　証明書類の添付ができない方は、裏面を記入して下さい。

○○○後期高齢者医療広域連合長　殿

上記のとおり関係書類を添えて一部負担金の免除を申請します。

平成　　年　　月　　日

申請者

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 証明書類が添付できない理由 |  |
| ○○○後期高齢者医療広域連合長　殿  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　　　　　　　　　　　　　　　　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。

①　住家が全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をした方の場合

罹災証明書（長期避難世帯については必要としない）

②　主たる生計維持者が死亡した場合

死亡診断書、警察の発行する死体検案書

③　主たる生計維持者が重篤な傷病（※）を負った方の場合

医師の診断書　　※１ヶ月以上の治療を有すると認められるものをいう。

④　主たる生計維持者の行方が不明である方の場合

警察に提出した行方不明の届出の写しなど

⑤　主たる生計維持者が業務を廃止・休止した方の場合

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（税務署に提出する廃業届、異動届の控え等）

⑥　主たる生計維持者が失職し、現在収入がない方の場合

雇用保険の受給資格証、事業主等による証明