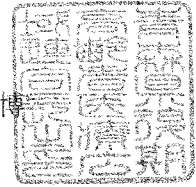


青森県後期高齢者医療広域連合告示第10号

東日本大震災に対処するための一部負担金等の免除に関する申請等の様式を次のように定める。

平成23年6月6日

青森県後期高齢者医療広域連合長 鹿内 博



東日本大震災後期高齢者医療一部負担金等免除申請書	第1号様式
東日本大震災後期高齢者医療一部負担金等免除証明書	第2号様式
東日本大震災後期高齢者医療一部負担金等還付申請書	第3号様式

様式第1号

(表)

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	被保険者番号								
	フリガナ								
	氏名								
	住所	〒 ー							
	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 原子力災害対策特別措置法（平成11年法律第156号）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避難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 1～5に準ずる事由（ ）
- 9 6、7に準ずる事由（ ）

青森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。

平成 年 月 日

申請者 氏名

印

(裏)

※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。

証明書類が添付 できない理由	
青森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 (居住地)	
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 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。)

東日本大震災後期高齢者医療一部負担金等免除証明書

被保険者番号		
被保険者	住所	
	氏名	
	生年月日	
特例の内容 及び 有効期限	<input type="radio"/> 一部負担金の免除 ( ) ( ) から ( ) まで <input type="radio"/> 入院時の食事療養及び生活療養に係る標準負担額の免除 ( ) から ( ) まで	

上記のとおり、後期高齢者医療一部負担金等の免除を行っている者であることを証明する。

平成 年 月 日

8						
---	--	--	--	--	--	--

青森県後期高齢者医療広域連合長

(注意事項)

- この証明書により、保険医療機関等で診療等を受ける場合の一部負担金及び標準負担額は、「有効期限」欄に記載されている期間に限り、免除されます。
- 保険医療機関等において、診療等を受けようとするときには、後期高齢者医療被保険者証とともに必ずこの書をその窓口で提示してください。
- 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この書を市区町村に返してください。ただし転出の際には、転入先の市区町村に提出してください。
- 不正にこの書を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
- 記載事項に変更があった場合には、14日以内にこの書を市区町村に提出して訂正を受けてください。

東日本大震災後期高齢者医療一部負担金等還付申請書

届出者名				本人との関係			
連絡先電話番号							
被 保 険 者	被保険者番号					負担割合	割
	フリガナ						
	氏名						
	住所	〒 ー					
	生年月日	年 月 日			性別	男・女	
診療を受けた 保険医療機関等		名称					
		所在地					
診療を受けた期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
診療に対し支払った 一部負担金等の額							円
食事回数	回	食事標準負担額			円		
(還付を申請する理由)							
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 平成23年6月30日以前に療養を受けた際、一部負担金等の免除の要件に該当していたが、一部負担金等を既に支払ったため							
2 一部負担金等の免除等が受けられることを知らなかったため							
3 一部負担金等免除証明書の交付を受けることが遅れたため							
4 その他やむを得ない理由により、保険医療機関等の窓口の一部負担金等免除証明書の提出ができなかったため							
( )							
振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ( )		本店 支店 ( )			預 金 種 別	普 通 当 座  ( )
口座番号 <small>左請記載してください</small>							
口座名義人 (カタカナ)							
青森県後期高齢者医療広域連合長 様							
上記のとおり、後期高齢者医療の一部負担金等の還付を申請します。							
平成 年 月 日							
申請者 氏名						印	

(注)保険医療機関等で支払った額のうち、還付の対象となるのは一部負担金並びに入院時食事療養費及び入院時生活療養費に係る標準負担額のみです。