

第1号様式（第5条関係）

東日本大震災等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							
減免等の内容		免除							
免除の種類		<ul style="list-style-type: none"> ・ 一部負担金 							
<p>(注) 次に掲げる一部負担金等の免除については、平成24年2月29日までの療養に係るものに限り免除の対象となります。</p> <p>①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</p> <p>②保険外併用療養費の食事療養及び生活療養に係る部分の標準負担額</p> <p>③療養費（資格証明書の交付を受けている場合も含む。）に係る一部負担金相当額</p> <p>④特別療養費の食事療養及び生活療養に係る部分の標準負担額</p> <p>※上記③の「一部負担金相当額」とは、次に掲げるものをいう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 柔道整復師、あん摩・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師による施術 ・ 被保険者証を医療機関等の窓口で提示できなかった場合の診療等 ・ 治療用装具 ・ 海外で受けた診療等 									
<p>(免除を申請する理由)</p> <p>東日本大震災等により、帰還困難区域及び旧避難指示区域等の対象となっているため。</p>									

岐阜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の一部負担金等の免除を申請します。

年 月 日

申請者 氏名

※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	
<p>岐阜県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>上記申請者の申立てが正しいことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所（居住地）</p> <p>氏名 申請者との関係</p>	

申請する際、被保険者証を提示するとともに、次の書類を添付してください。（添付が困難な場合は、申立てにより受理しますが、後日入手でき次第提出してください。）

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（岐阜県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。）