

熊本地震後期高齢者医療一部負担金等免除申請書

被 保 険 者	被保険者番号	_____			
	フリガナ				
	氏名				
	住所	〒 _____ 熊本県下益城郡美里町			
	生年月日	年	月	日	性別
減免等の内容		免 除			
(免除を申請する理由) 熊本地震により、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 住家が全半壊、全半焼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 平成28年熊本地震により主たる生計維持が業務を廃止又は休止したため 5 平成28年熊本地震により主たる生計維持が失業し、現在収入がないため					
熊本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 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> 申請者 住所 熊本県下益城郡美里町 氏名 印 </div>					

[届出者]

[本人との関係]

[連絡先]

※ 住所と現在お住まいの所が異なる場合は、ご記入ください。

連絡先住所	〒 _____
-------	---------