宮崎県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療一部負担
金減免等申請書

被保険者番号								

療養の給付を受ける者	氏名		生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日
	住所		性　別	男・女
申 請 内 容	①　減　免　　②　徴収猶予			

申請理由	①　（震災・風水害・火災）の災害により、住宅・家財等に著しい損害を受けたため。 ②　（　　）により、収入が著しく減少したため。 ③　その他（　　）

※申請理由が①以外の場合は、下の部分を記入して下さい。

	医療機関等名	診療科	傷病名	１ケ月の一部負担金見込額
現在の治療状況				円
				円
				円
				円
				円
過去１年間の主な入院歴				

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。

一部負担金の減免及び徴収猶予を決定するために必要があるときは、私及び私の世帯員の資産及び収入並びに所得の状況について、担当する職員が関係機関又は関係人に報告を求めることに同意します。

年　　月　　日

宮崎県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者
住所
氏名
電話

公簿確認欄				
	※申請理由が①の場合	確認印	前年中の対象世帯の合計所得金額	円
	※申請理由が①以外の場合	確認印	過去１年間（　年　月～　年　月）の療養の給付に要した費用	

外来		入院	
月数	金　額	月数	金　額
	円		円

決定欄	受　付	担当者	係　長	課長補佐	課　長	次　長	局　長
承認　不承認 免除 減額　　％							