様式第１号（第４条関係）

後期高齢者医療一部負担金減免等申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出者名 |  | 本人との関係 |  |
| 届出者住所 |  | 連絡先  電話番号 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | | |  |
| 被保険者 | フリガナ | |  |
| 氏名 | |  |
| 生年月日 | |  |
| 住所 | |  |
| 傷病名 | |  | |
| 発病又は負傷年月日 | |  | |
| 減免等種類 | |  | |
| 申請の理由 | |  | |
| 沖縄県後期高齢者医療広域連合長　殿  上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の一部負担金の減免等を申請します。  　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | |

様式第２号(第４条関係)

生活状況申立書

年　　月　　日

　　沖縄県後期高齢者医療広域連合長　殿

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

私の世帯の生活状況について、次のとおり申告します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯の状況 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 保険種別 | 職業 |
|  | 世帯主 |  | 国・社・後期 |  |
|  |  |  | 国・社・後期 |  |
|  |  |  | 国・社・後期 |  |
|  |  |  | 国・社・後期 |  |
|  |  |  | 国・社・後期 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯収入状況 | 収入の種類 | | □給与収入　□事業収入　□日雇収入　□農業  　□内職　□恩給、年金等　□仕送り　　□その他 | | |
| 収入月額  　　　　　　　円 | 当月分実収入額  　　　　　　　円 | 前月分実収入額  　　　　　　　円 | 前々月分実収入額    　円 | 平均実収入月額  　　　　　　　円 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 資産 | 所有地(面積) | 借地(面積) | 貸付地(面積) | 家屋・その他 |
| 田　　　　　　　㎡  畑　　　　　　　㎡  林野　　　　　　㎡  宅地 | 田　　　　　　㎡  畑　　　　　　㎡  林野　　　　　㎡  宅地 | 田　　　　　　㎡  畑　　　　　　㎡  林野　　　　　㎡  宅地 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住居 | 家屋の種類等 | 持家　・借家　・アパート　・同居 | | 家賃  (1箇月) | 円 |
| その他  (　　　　　　) | (　　　　LDK) |

備考

１　世帯収入状況欄は、様式第３号収入状況申告書より、記入してください。

２　借家等の場合は、家賃の領収書を添付してください。

様式第３号(第４条関係)

収入状況申告書

年　　月　　日

沖縄県後期高齢者医療広域連合長　殿

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

連絡先

　私の世帯の総収入は、次のとおり相違ありません。

1　働いて得た収入

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 働いている者の氏　名 | 勤め先 | 区分 | 当月分  (見込額) | 前3月分 | | |
| 月分 | 月分 | 月分 |
|  |  | 収入 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 必要経費① | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 就労日数 | 日 | 日 | 日 | 日 |
|  |  | 収入 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 必要経費② | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 就労日数 | 日 | 日 | 日 | 日 |
|  |  | 収入 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 必要経費③ | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 就労日数 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| 前月分の　　　必要経費の　　主な内容 | ① | | | | | |
| ② | | | | | |
| ③ | | | | | |

2　恩給、年金等による収入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 有・無 | 国民年金　厚生年金　児童手当　児童扶養手当 | 収入額 | 月額　　　　　　　円 |
| 恩給　特別児童手当　雇用保険　傷病手当金 | 月額　　　　　　　円 |
| その他　(　　　　　　　　　　　　　) | 月額　　　　　　　円 |

備考　裏面も記入してください。

(裏面)

3　仕送りによる収入(前3月間の合計を記入してください。)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 金額 | 送金者の氏名 | 続柄 | 備考 |
| 有・無 | 円 |  |  |  |
| 円 |  |  |  |
| 円 |  |  |  |

4　その他の収入(前3月間の合計を記入してください。)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 有・無 | 区分 | 内容 | 収入額 |
| 生命保険等の給付金 |  | 円 |
| 財産収入(土地、家屋の賃貸料等) |  | 円 |
| その他 |  | 円 |

5　その他将来において見込みのある収入(上記1から4に記入したものを除く。)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 有・無 | 内容 | 収入額 |
|  | 円 |

6　働いて得た収入がない者(義務教育終了前の者は、記入する必要はありません。)

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 働いて得た収入のない理由 |
|  |  |
|  |  |

(記入上の注意)

(1)　この申告書は、後期高齢者医療一部負担金の減免等を受けようとする者が記入してください。

(2)　「働いて得た収入」は、給与、日雇、内職、農業、事業等による収入の種類ごとに記入してください。

(3)　農業収入については、前1年間の総収入を当月分の欄に記入してください。

(4)　必要経費欄には、収入を得るために必要な交通費、材料代、仕入代、社会保険料等の経費の総額を記入してください。

(5)　2から5の収入は、その有無について○で囲んでください。有を○で囲んだ収入については、その右欄にも記入してください。

(6)　記入欄が足りない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。

(7)　収入のうち証明書等の入手可能なもの(例えば、勤務先の給与証明書、各種保険支払証明書等)は、この申告書に必ず添付してください。

(8)　偽りその他不正の行為により一部負担金の減免等を受けた場合は、当該一部負担金を一括で返還させることがあります。

**後期高齢者医療一部負担金減免**

１．対象者：

(1)　高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（以下「規則」という）

第３３条第１項に規定する事由に該当したと認められたとき

(2)　その他特別な事情があると認められたとき

〇規則第３３条第1項とは：～（略）～　一部負担金を支払うことが困難と認められること

〇一部負担金を支払うことが困難と認められる場合とは、規則第33条第1項に規定する事由に該当したことにより、①②いずれかに該当した場合等

　①市町村民税が減免された

　②世帯主及び全ての世帯員の収入の額の合計額が生活保護法の基準により測定した額に1000分の1155を乗じて得た額（基準額）以下であって、預貯金の合計額が基準額の3か月分以下となった場合

※詳細については、「（厚労省通知）一部負担金の減額、免除及び徴収猶予並びに徴収に関する処分の取扱いについて」を参照

２．対象期間：

申請のあった日から6か月以内の期間。同一の事由に基づく再度の減免等は認められない。ただし、特別な事情があると認められる場合はその限りではない。

３．提出書類：

(1)申請書

(2)生活状況申告書

(3)収入状況申告書

|  |
| --- |
| (4)申請理由が災害等については、消防署、市町村等が発行する罹災証明書  （5）干ばつ等の災害による農作物等の不作、不漁等については、これを証明するに足りる書類  （6）事業又は業務の休廃止等については、休廃止していることを証明するに足りる書類、雇用保険受給証明書等  （7）重篤な疾病又は負傷、長期入院等については、医師の診断書又は入院計画書等  （8）心身に重大な障害を受けたことについては、障がい者手帳  （9）その他広域連合長が必要と認める書類 |

４．減免までの流れ：

(1)窓口にて相談（減免対象者となるのかを判断）

(2)被保険者は減免申請書記入、添付書類提出

(3)広域連合へ書類提出

（4）審査、決定