

年 月 日

後期高齢者医療特別の事情に係る届書

(宛先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

申請者 被保険者番号
 (世帯主) 住 所
 氏 名 ⑩
 個人番号
 電話番号

後期高齢者医療保険料を納付できない特別な理由がありますので、次のとおり届出ます。

特別な事情 (該当する [] に○をつけてください。)
[] 被保険者等がその財産につき災害を受け、又は盗難にかかった。
[] 被保険者等又はその者と生計を一にする親族が病気にかかり、又は負傷した。
[] 被保険者等がその事業を廃止し、又は休止した。
[] 被保険者等がその事業につき著しい損失を受けた。
[] 上記に類する事由があった。()
特別の事情を具体的に記入ください。

(被保険者等とは、被保険者又はその属する世帯の世帯主を指します。)

※ 事実を証明する書類 () を添付いたします。

処 理 欄							起案日	年	月	日
							決裁日	年	月	日
							施行日	年	月	日
	(決裁)									
	※ この欄は記入しないでください。									