様式第4号（第4条関係）

後期高齢者医療特別の事情に係る届書

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	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日		年	月	日
	住所				

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。

（宛先） 静岡県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、後期高齢者医療保険料を納付できない特別な理由について、関係書類を添えて届出いたします。

年 月 日