後期高齢者医療保険料減免の対象となる方

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 被害状況 | | 保険料の減免割合 | | |
| H２８年度 | | H２９年度 |
| ① | 世帯主の住家が全半壊した被保険者の方 | |  |  | |
|  |  | 全壊 | 全額 | 半額 | |
|  |  | 半壊（大規模半壊を含む） | 半額 | 1/4 | |
| ② | 世帯主が死亡し、又は重篤な傷病を負った被保険者の方 | | 全額 | 半額 | |
| ③ | 事業の廃止や失業等で世帯主の収入が一定（3/10）以上減少する被保険者の方   * 前年の所得が１，０００万円を超える方等、減免対象とならない場合もございますので、詳しくはお問い合わせください。 | | 2/10～全額 | 1/10～半額 | |

**※　２８年度のご申請をいただくと、２９年度は、申請の必要はありません。**

　　■申請に必要なもの

・被保険者の認め印（シャチハタ不可）

・後期高齢者医療被保険者証

・添付資料

1. については、り災証明書（写し可）

②については、

（ア）死亡の場合　戸籍（又は除籍）謄本、死亡証明書、死亡診断書等

（イ）重篤な傷病の場合　医師の診断書、入院証明書、障害手帳等

③については、

（ア）所得を明らかにする書面　確定申告書の控え、源泉徴収票、所得証明書、年金支払通知書、給与証明書、給与明細書等

（イ）保険金等を明らかにする書面　事業（民間補償）保険等補償費関係書類、賠償金受給関係書類等

（ウ）失業の場合　離職（退職）証明書、雇用保険受給資格者証等

（エ）事業休廃止の場合　公的機関への休・廃業届出書の写し、事業主の事業休廃止の申立書

■申請期限

・平成２９年１０月１３日（金）