**後期高齢者医療一部負担金の免除申請について**

**一部負担金の免除要件に該当する方（※１）は、次の書類をお住まいの**

**市区町村の担当窓口に提出してください。**

1. **熊本地震後期高齢者医療一部負担金等免除申請書**
2. **被災したことを証明する書類（申請書の裏面をご覧ください）**
3. **被保険者証**

**※１［要件］（１）及び（２）のいずれにも該当する方**

**（１）熊本県後期高齢者医療の被保険者**

**（２）①～⑤のいずれかに該当する方**

**①住家の全半壊、全半焼又はこれに準ずる被災をされた方**

**②主たる生計維持者が死亡し又は重篤な傷病を負われた方**

**③主たる生計維持者の行方が不明である方**

**④主たる生計維持者が業務を廃止、又は休止された方**

**⑤主たる生計維持者が失職し、現在収入がない方**

**【住所地と異なる市町村へ避難されている方】**

　　**上記の提出書類を、住所地の担当窓口に郵送してください。また、申請書以外はコピーを同封してください。**

**免除要件に該当する場合、免除証明書を住所地へ送付しますが、住所と異なるときは、申請書の送付先欄に、送付先住所を記載してください。**

**【他の都道府県に住所を移された方】**

**現在お住まいの都道府県では、免除要件が異なっています。**

**詳しくは、現在お住まいの市区町村へご確認ください。**

**【問合せ先】**

　　**＊熊本県後期高齢者医療広域連合**

　　　　**〒862-0911**

**熊本市東区健軍2丁目4番10号　熊本県市町村自治会館2階**

**TEL：096-368-6777　　FAX：096-368-6577**

**＊お住まいの市区町村の担当窓口**