

※消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

様式第2号（第8条関係）

災害等による居宅又は家財等の財産の被害に関する申立書

年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

申立人

住 所

氏 名

電話番号

被保険者との関係

年 月 日に受けた災害等による居宅又は家財等の被害に関して、その損害に対する損害保険金又は損害賠償金等による損害額に補てんされる補償金は、次のとおりであることを申し立てます。

なお、この申立てに虚偽の申告があったことを理由として、後期高齢者医療保険料及び一部負担金の減免又は徴収猶予の決定を取り消されても異議はありません。

記

災害の発生日	年 月 日 発生	
被災の状況		
居宅の面積	m ² (坪)	
被災の面積	m ² (坪)	
建物の構造	木造住宅 鉄筋コンクリート造住宅	
居宅の種類	持家 借家・借間	
補償金を受給できる場合	損害保険金等の名称	
	受給できる補償金額	円
	補償金を受給する日	年 月 日 (予定)
	添付書類	損害保険金証書の写し又は補償金等の支給額決定通知書等の写しを添付してください。
補償金を受給できない場合	1 火災保険等の損害保険の契約をしていない。 2 その他 () ※ 該当する番号を選択してください。	

注意1 共同住宅等に居住する場合の「居宅の面積」は、当該被保険者等が占有する面積を記入してください。

2 家財等の被害により、後期高齢者医療保険料及び一部負担金の減免又は徴収猶予を申請される場合は、損害の程度が確認できる書類を添付してください。