

様式第1号（第4条関係）

国民健康保険一部負担金徴収猶予・減額・免除申請書

被保険者証 の番号		療養を受ける 被保険者の氏 名・生年月日	氏名 _____年 月 日生	世帯主 との続 柄	
傷病名					
診療を受け た病院・診 療所等の名 称及び所在 地	病院・診療所等の名称				
	所在地				
発病又は負 傷年月日	_____年 月 日				
徴収猶予減額免除	割合 期間	割合 か月	理由		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>_____年 月 日</p> <p>世帯主 住所 氏名 印</p> <p>美郷町長 様</p>					