

様式第1号(第6条関係)

国民健康保険一部負担金減免等申請書

被保険者証記号番号		療養の給付を受ける被保険者氏名		被保険者の個人番号	
世帯主氏名		( 年 月 日生)		世帯主との続柄	
申請内容	期 間		年 月 日から		
			年 月 日まで		
申請理由					
世帯の状況	氏 名	続柄	生年月日	職業(勤務先又は学校名)	
		世帯主	. .		
			. .		
			. .		
			. .		
			. .		
<p>上記のとおり申請します。なお、この減免等の申請に関し、新富町が必要な調査を行うことに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住 所 新富町</p> <p>(世帯主) 氏 名 _____ (印)</p> <p>個人番号 _____</p> <p>電 話 _____</p> <p>新富町長 様</p>					
医師等の証明	傷病名及び症状	(1)	発症又は負傷年月日	(1)	年 月 日
		(2)		(2)	年 月 日
	療養見込期間	入院	年 月 日 から		
<p>年 月 日 まで</p> <p>上記のとおり療養が必要なことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>保険医療機関等の名称</p> <p>所在地</p> <p>保険医等の氏名</p> <p>電話番号</p>					
処理欄	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 <input type="checkbox"/> 却下		却下理由		