

様式第 1 号(第 5 条関係)

国民健康保険一部負担金免除申請書

年 月 日

岩出市長 様

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	—		世 帯 主 氏 名			
療 養 の 給 付 を 受 け る 被 保 険 者	住 所					
	氏 名					
	個 人 番 号					
	生 年 月 日	年 月 日			世 帯 主 と の 続 柄	
傷 病 名 又 は 診 療 科 名			発 病 又 は 負 傷 年 月 日	年 月 日		
療 養 を 受 け る 保 険 医 療 機 関 等	所 在 地					
	名 称					
免 除 の 期 間	年 月 日から 年 月 日まで					
申 請 の 理 由						
<p>上記のとおり、別紙免除を必要とする理由を説明するための資料等を添えて申請します。</p> <p>一部負担金の免除を承認するために必要があるときは、私並びに世帯員の資産及び収入の状況について、関係機関又は関係人に対して報告を求めることに同意します。</p> <p>申請者(世帯主等)住所 氏名 電話 個人番号</p>						