

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

被保険者証 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 style="text-align: center;">申請者(世帯主等)住所 氏名 電話 個人番号</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>			