別記様式第１号（第７条関係）

|  |
| --- |
| 年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　減　　額　　　　　　八百津町国民健康保険一部負担金　　免　　除　　申請書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　徴収猶予　　八百津町長　様申請者 　住　　所（世帯主） 個人番号氏　　名　　　　　　　　　　　下記のとおり申請します。 |
| 被保険者証記号番号 |  | 療養の給付を受ける被保険者 |  |
| 個人番号 |  |
| 生　年　月　日 | 年　　月　　日 | 世帯主との続柄 |  |
| 傷　　病　　名 |  | 発病又は負傷年月日 |  |
| 療養期間（見込み） |  |
| 保険医療機関等の所在地・名称並びに医師等の氏名 |  |
| 申　請　理　由 |  |
| 世帯の状況 | 氏　　　名 | 続　柄 | 年　齢 | 職業（勤務先又は学校名） |
|  | 世帯主 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |