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 |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |
|  | |  |  | |  | |