

様式第1号（第6条関係）

減 額 北栄町国民健康保険一部負担金 免 除 申請書 徴収猶予					
被保険者証 記号番号	—	療養の給付 を受ける者			世帯主 との 続柄
		個人番号			
		生年月日	昭和・平成 年 月 日		
傷病名			発病又は傷 病の年月日		
期 間	年 月 日 から 年 月 日まで				
医療費未払分	総額約	円	医療機関名		
申請理由	医療費が払えない 事情を詳しくか いてください。				
<p>上記のとおり、一部負担金の減額・免除・徴収猶予を受けたいので関係書類を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住 所 北栄町</p> <p style="text-align: right;">氏 名 印 個人番号 電話番号 ( )</p> <p>北栄町長 様</p>					