

様式第1号（第6条関係）

伯耆町国民健康保険一部負担金減額（免除・支払猶予）申請書

年 月 日

伯 耆 町 長 様

住所
 申請者 氏名 (世帯主) ①
 電話

伯耆町国民健康保険一部負担金の減免等に関する取扱要綱第6条の規定により、別添書類を添えて申請します。

被保険者証 記号番号	伯	療養の給付 を受ける被 保険者氏名	年 月 日生	世帯主 との 続柄	
傷病名			発病又は 負傷年月日	年 月 日	
保険医療機 関等名称			保険医療機 関等所在地		
入院見込 期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
減免等を受 けようとする 理由	① 災害 ② 冷害等 ③ 事業の休廃止・失業 ④ その他				
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	被保険者 資格	職業(勤務先)
		世帯主	年 月 日	有・無	
			年 月 日	有・無	
			年 月 日	有・無	
			年 月 日	有・無	
			年 月 日	有・無	

※申請事由を証する書類(り災証明書・離職証明書等)を添付してください。