

平内町国民健康保険一部負担金
徴収猶予
免除
申請書

被保険者証 の番号		療養を受ける被保険者の氏名・生年月日	氏名 年 月 日生	世帯主 の柄 と続
--------------	--	--------------------	------------------	-----------------

療養を受ける被保険者の個人番号

傷 病 名	
-------	--

療養を受ける病院・診療所等の名称及び所在地	病院・診療所等の名称
-----------------------	------------

療養を受ける病院・診療所等の名称及び所在地	所在地
-----------------------	-----

発病又は負傷年月日	年 月 日
-----------	-------

徴 収 猶 予 免 除	1 全額免除（3か月以内） 2 徴収猶予（6か月以内）
----------------	--------------------------------

申 請 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
---------	-----------------

申 請 理 由	

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所 _____

世帯主 氏 名 _____ 印

個人番号 _____

平 内 町 長 様

