

第1号様式（第6条関係）

国民健康保険一部負担金免除等申請書

（一般・退職）

被保険者証 記号番号	世帯主氏名		療養の給付を受ける被保険者氏名		世帯主との続柄
香川3			(年 月 日生)		
	世帯主個人番号		療養の給付を受ける被保険者個人番号		
申請 内容	<input type="checkbox"/> 免除 <input type="checkbox"/> 徴収猶予		期間	年 月 日から 年 月 日まで	
申請 事由	<input type="checkbox"/> 災害 () <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他 ()				
世 帯 の 状 況	氏 名	続 柄	生年月日	職業（勤務先）	
		世帯主	・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者 住 所 (世帯主) 氏 名 ⑨ 電 話 坂出市長 様					
医 師 等 の 証 明	傷病名お よび症状	(1)	発病または	(1)	年 月 日
		(2)	負傷年月日	(2)	年 月 日
	療養見込 期 間	入 院 外 来	年 月 日から 年 月 日まで		
上記のとおり療養が必要なことを証明します。 年 月 日 保険医療機関等の名称 所 在 地 保険医等の氏名 ⑨ 電 話					
処理欄	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 <input type="checkbox"/> 却下		却下理由		