

様式第1号(第7条関係)

益田市国民健康保険一部負担金減免申請書

年 月 日

益 田 市 長 様

申請者 住所  
(世帯主) 氏名  
個人番号  
電話

益田市国民健康保険一部負担金の減免に関する取扱要綱第7条の規定により、別添書類を添えて申請します。

療養の給付を受けようとする被保険者	国民健康保険の記号番号		氏名(フリガナ)			
	個人番号		世帯主との続柄		生年月日	
	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
	発病・負傷年月日			傷病名		
	年 月 日					
	減免を受けようとする理由					
世帯の状況	氏 名	個人番号	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	
				年 月 日	有・無	

※申請事由を証する書類(り災証明書・破産証明書・離職証明書等)を添付してください。