

様式第4

減 額
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	伊	療養の給付を 受けようとする 被保険者氏 名・生年月日	男 ・ 女	世帯主 との 続 柄	
		年 月 日生			
傷 病 名	(1)		診 療 開 始 日	(1)	年 月 日
	(2)			(2)	年 月 日
	(3)			(3)	年 月 日
治療見込 期 間	診療開始日から 月 日間		医療費(一部 負担分)所要 見込額	円	
療養を受けようとする 機関	名 称				
	所在地				
減 額 免 除 申請の理由 徴収猶予	(できるだけわしく 記入してください。)				
上記のとおり申請します。					
平成 年 月 日					
世帯主住所 京都府与謝郡伊根町字					
氏名					
伊根町長 様					