|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 町長 | 副町長 | 課長 | 係長 | 係 | 証明書発行番号 | 第　　号 |
|  |  |  |  |  | 減額  免除  徴収猶予 | 期間　　　　　　月  割合　　　　　　割 |
| 年　　月　　日  右のとおり決定してよいでしょうか。 | | | | | 不承認 | 事由 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険一部負担金 | | | | | | 減額  免除  徴収猶予 | | | | 申請書 | | | | |
| 被保険者証 | | | 記号 | |  | | | 番号 | | | |  | | |
| 療養の給付を受ける者 | | | 氏名 | |  | | | | | | 男女 | | 世帯主との続柄 |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | |
| の意見  国民健康保険医 | 傷病名 | |  | | | | 治療見込期間 | | | | | | 日（月）間 | |
| 発病又は負傷年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | | | | 医療費所要見込額 | | | | | | 円 | |
| 国民健康保険医 | | | 住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | |
| 減額  免除  徴収猶予 | | 期間　　　　　　　　　か月 | | | | | | | 割合　　　　　　　　　　割 | | | | | |
| 事由 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  　　令和　　年　　月　　日  申請者（世帯主）  住所  氏名　　　　　　　　　　印  　阿南町長　　　　様 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理区分 | 受付 | 調査 | 決定通知 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |