様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　□　免　　除

糸満市国民健康保険一部負担金　□　減　　額　　申請書

　　　　　　　　　　　　　　　□　徴収猶予

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証番号 | | | 糸国 | | |
| 療養を受ける  被保険者氏名 | | |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 世帯主  との続柄 | |  |
| 療養期間 | | | 年　　月　　日　~　　　　　年　　月　　日まで【　　　　日間】 | | | | | | | | |
| 申請理由 | □　災害（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　による）  □　失業　　□　事業の休止（廃業）　　□　病気（長期入院）  □　主たる所得者の死亡 　　 □　その他 | | | | | | | | | | |
| 糸満市長　　様  上記のとおり申請します。  年　　月　　日  世帯主　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先 | | | | | | | | | | | |
| 医　師　の　意　見 | 傷病名  及び症状 | (1) | | | | | 発症又は  負傷年月日 | (1)　　　　年　　月　　日 | | | |
| (2) | | | | | (2)　　　　年　　月　　日 | | | |
| 療養予定期間 | | | 年　　月　　日から【　　】か月間又は【　　】日間 | | | | | | □　入院  □　外来 | |
| その他特記事項 | | |  | | | | | | | |
| 上記のとおり治療が必要なことを証明します。  年　　月　　日  医療機関 所在地  名称  医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号 | | | | | | | | | | |
| 決定伺い欄 | 上記申請により、下記のとおり決定してよろしいでしょうか。  　□　免除　　　□　減額（５割）　　　□　徴収猶予  　（対象期間　　　　　年　　月　　日　~　　　　　年　　月　　日）  　□　いずれにも該当せず  　　　　理由： | | | | | | | | | | |