第1号様式(第5条関係)

|  |
| --- |
| 輪之内町国民健康保険一部負担金徴収猶予・免除申請書 |
| 年　　月　　日　　輪之内町長　　　　　　　　　　様(世帯主)　　　　　　　　　　　　住所：　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 個人番号：　下記のとおり申請します。 |
| 被保険者証記号番号 | 　 | 療養の給付を受ける被保険者 | 　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 世帯主との続柄 | 　 |
| 傷病名 | 　 | 発病又は負傷年月日 | 年　　月　　日 |
| 療養期間(見込み) | 　　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日　　　　　日間 |
| 保険医療機関等の所在地・名称及び医師等の氏名 | 　 |
| 申請事由 | □　災害(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)□　事業の休止(廃業)□　失業□　主たる所得者の死亡□　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 　　　世　帯　の　状　況 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業(勤務先又は学校名) |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |

　※世帯の生活が著しく困難となったことを証明する書類等を添付してください。