

国民健康保険 一部負担金				☐ 減額 ☐ 免除 ☐ 徴収猶予		申請書	
年 月 日							
下 呂 市 長 様							
世帯主 住 所 _____							
氏 名 _____ 印							
個人番号 _____							
来庁者氏名 _____ (世帯主との続柄 _____)							
下記のとおり申請します。							
被 保 険 者 証 番 号				療養の給付を受ける 被 保 険 者 氏 名			
生 年 月 日		年 月 日		世 帯 主 との続柄			
個 人 番 号							
傷 病 名				発病又は負傷 年 月 日		年 月 日	
療 養 期 間 (見 込)							
保 険 医 療 機 関 等 の 所 在 地 ・ 名 称 並 び に 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	個人番号		職業(勤務先又は学校名)
			世帯主		-----		
							
							
							
							
							

番号	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票等 ☐ システム転記 ☐ その他 ()					
来 庁 者 本 人 確 認	1 点	個 運 パ 在/特 身療精手帳 官公発の免許書等 その他 ()			代理権	☐ 同一世帯員 ☐ 戸籍謄本等 ☐ 委任状 ☐ その他 ()
	2 点	各保険証 年金 児扶手/特児証書 その他 ()				市確認者