

益城町国民健康保険一部負担金減免等申請書

(一般・退職)

被保険者証記号番号		世帯主氏名		療養の給付を受ける 被保険者氏名		世帯主との 続柄	
益城一				氏名 (年 月 日生)			
申請内容	<input type="checkbox"/> 免除 <input type="checkbox"/> 減額 (<input type="checkbox"/> 7割・4割) <input type="checkbox"/> 徴収猶予			免除等期間	年 月 日から		
					年 月 日まで		
申請事由	<input type="checkbox"/> 災害 ()			<input type="checkbox"/> 死亡 ()			
	<input type="checkbox"/> 障害 ()			<input type="checkbox"/> その他 ()			
世帯 の 状 況	氏 名		続柄	生年月日	職業 (勤務先等)		個人番号
				・ ・			
				・ ・			
				・ ・			
				・ ・			
				・ ・			
生活等 の 状 況							
添付書類	給与証明、離職証明、医療費証明など (必要に応じたもの)						
上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者 (世帯主) 住 所 氏 名 個人番号 電 話 益城町長 様							
処 理 欄	決 定 等			備 考 (世帯状況等)			
	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 <input type="checkbox"/> 却下			住民税課税状況		課 税・非課税	
			所得の状況				