様式第1号（第6条関係）

国民健康保険一部負担金減免等申請書

<table>
<tr><td colspan="2">被保険者証番号</td><td colspan="2">療養の給付を受ける被保険者氏名</td><td colspan="2">被保険者の個人番号</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="3">（　　年　　月　　日生）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">世帯主氏名</td><td colspan="2">世帯主との続柄</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>申請内容</td><td colspan="2"></td><td>期　間</td><td colspan="2">年　　月　　日から
年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td>申請理由</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="7">世帯の状況</td><td>氏名</td><td>続柄</td><td>生年月日</td><td>職業（勤務先又は学校名）</td></tr>
<tr><td></td><td>世帯主</td><td>・　・</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>・　・</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>・　・</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>・　・</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>・　・</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>・　・</td><td></td></tr>
</table>

上記のとおり申請します。なお、この減免等の申請に関し、小林市が必要な調査を行うことに同意します。

年　　月　　日

申請者（世帯主）　住　　所　小林市　　番地
氏　　名　　㊞
個人番号
電　　話　　―

小林市長　様

<table>
<tr><td rowspan="4">医師等の証明</td><td rowspan="3">傷病名及び症状</td><td>(1)</td><td rowspan="2">発病又は負傷年月日</td><td>(1)　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>(2)</td><td>(2)　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>療養見込期間</td><td>入院</td><td colspan="2">年　　月　　日　から
年　　月　　日　まで</td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり療養が必要なことを証明します。
年　　月　　日
保険医療機関等の名称
所在地
保険医等の氏名　　㊞
電話　　―</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>処理欄</td><td>☐　承　認
☐　不承認
☐　却　下</td><td>却下理由</td></tr>
</table>