

受 付 印 欄

減 額
国民健康保険一部負担金 免 除 申出書
徴収猶予

被保険者証 記号番号	長一	療養の給付を 受ける者の氏名 及び生年月日 個人番号	年 月 日	世帯主 との 続 柄
減 額 免 除 徴 収 猶 予	割合 割 期間 箇月	申 出 の 理 由		
保 險 医 の 意 見	傷病名 及 び 病 状	発 病 又 は 傷 病 年 月 日		年 月 日
	療養予定期間	入院 外来	年 月 日 から 年 月 日 まで	
	上記のとおり治療が必要なことを証明します。 年 月 日 療養取扱機関の 所在地及び名称 保 険 医 氏 名 ⑩ ※ 当該意見書は保険医療機関及び保険医療養担当規則第6条により無料			
上記のとおり別紙証拠書類を添えて申し出ます。 年 月 日 世帯主 住 所 長野市 氏 名 ⑩ (電話 ー) (宛先) 長野市長 (個人番号)				
		※長野 市国保 処理欄	決 定 年 月 日 年 月 日	受 付 者