

様式第1号（第4条関係）

<div style="text-align: center;"> 三種町国民健康保険一部負担金 徴収猶予 免除 申請書 </div>					
被 保 険 者 証 記 号 番 号		療 養 の 給 付 を 受 け る 者 の 氏 名 ・ 生 年 月 日	年 月 日	申 請 者 と の 続 柄	
傷 病 名		診 療 を 受 け た 病 院 ・ 診 療 所 等 の 名 称 及 び 所 在 地			
発 病 又 は 負 傷 し た 年 月 日	年 月 日				
種 類	1 徴収猶予（6か月以内） 2 全額免除（3か月を標準） （申請期間 年 月 日から 年 月 日まで）				
事 由	（治療見込期間） 発病又は負傷の日から 日間				
<div style="text-align: center;"> 上記のとおり三種町国民健康保険一部負担金の 徴収猶予 免除 を受けたく申請します。 </div>					
<div style="text-align: center;"> 年 月 日 三種町長 様 </div>					
<div style="text-align: center;"> （申請者） 住 所 世帯主氏名 （電話番号） </div>					
<div style="text-align: right;"> 印 </div>					