

様式第1号（第6条関係）

滝沢市国民健康保険一部負担金免除・減額・徴収猶予申請書

被 保 険 者 証 記 号 番 号			
療養を受けよう とする被保険者 の 氏 名	世帯主との 続 き 柄		
	生 年 月 日	年 月 日生	
傷 病 名			
発病又は負傷 年 月 日	年 月 日		
診療を受けよう とする病院・診 療所等の名称及 び所在地	病院・診療所等の名称		
	所在地（電話番号）		
申請する減免 等・対象期間及 び減免等受けよ うとする理由	免除・減額・徴収猶予 対象期間 年 月 日から 年 月 日まで		
上記のとおり申請します。  年 月 日  滝沢市長 様  世帯主 住 所 氏 名 印 電話番号			