

様式第 4 号(第 1 7 条関係)

証 明 書 発 行 番 号	番 号
減 免 徴 収 猶 予 額 除 予	期 間 月 割 合 割
不 承 認	事 由

減 額 国民健康保険一部負担金 免 除 申請書 徴 収 猶 予				
被 保 険 者	記 号		番 号	
個 人 番 号				
療 養 の 給	氏 名			世 帯 主
付を受ける者	生 年 月 日	年	月	日 続 柄
国民健康保険医の意見 ※医療機関記入欄	傷 病 名		治 療 見 込 期 間	日(月)間
	発病又は 負傷年月 日	年 月 日	医 療 費 所 要 見 込 額	円
	国民健康保険医	住 所 氏 名	印	
減 免 徴 収 猶 予	額 除 予	期 間 箇 月	割 合	割
事 由				
上記のとおり申請いたします。 年 月 日 申請者(世帯主) 住 所 氏 名 個人番号 () 越前市長 殿				