

一部負担金 徴収猶予 減免 申請書

被保険者 番号			療養の給付を 受ける者の氏名	
生年月日	年	月	日	世帯主 との続柄
個人番号	— —			
傷病名			発病又は負傷 年月日	年 月 日
療養を受ける 病院・診療 所・薬局等	名称			
	所在地			
徴収猶予 減額免除	割合	割合	期間	年 月 日から 年 月 日まで
理 由				

上記のとおり申請いたします。

年 月 日

能代市長 様

申請者（世帯主でない場合はその者の属する世帯主の氏名）

住 所 _____

氏 名 _____

個人番号 — — _____

電 話 _____