

徴収猶予  
国民健康保険一部負担金 減 額 申請書  
免 除

被保険者証 記号、番号	記号	池 国 第 号		
療養の給付を受 ける者の氏名	氏名			世帯主と の続柄
	生年月日	昭平 年 月 日		
傷病名				一部負担 金所要額
療養の期間	自 平成 年 月 日	至 平成 年 月 日		月間
申請内訳	徴収猶予	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 月間		
	減 額	円 ( 割)		
	免 除	一部負担金市負担 (入院時の食事代は対象外)		
申請の事由				

上記について別紙証明書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

申請人 (世帯主) 住所

氏名

㊟

池田市長

殿

処 理 欄	承 認	徴収猶予	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	(理由)
		減 額	割 市負担 割 本人負担 割	
	不 承 認	免 除	一部負担金市負担 (入院時の食事代対象外)	

◎ 処理欄は記入しないで下さい。

減 額  
一部負担金 免 除 の申請にかかる医師の意見書  
徴収猶予

被保険者証記号・番号	診療を受ける被保険者氏名		
	昭和・平成	年	月 日生
発病又は負傷年月日	診療開始年月日		
1.		平成	年 月 日
2.			
3.			
傷 病 名			
1.			
2.			
3.			
現在及び予後の病状			
療養の予定期間	入 院 予 定		
平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 から		
平成 年 月 日 まで	日間		
一部負担金見込額 (保険点数にかかると)	備 考		
月分 円			
平成 年 月 日	医療機関所在地及び名称		
	①		
	医 師		

# 給 与 証 明 書

平成 年 月 日

池 田 市 長 様

事業所 (雇い主)

所在地

名 称

電 話



下記のとおり証明します。

住 所				職 種	
氏 名					
区 分	今 月 分	前 月 分	前々月分		
勤務 (就労) 日数					
給 与 額	基 本 給				
	日給 ( 日分)				
	家族手当 ( 人)				
	地 域 手 当				
	時 間 外 手 当				
	貸 与				
	小 計 (イ)				
控 除 額	所 得 税				
	住 民 税				
	健 康 保 険 料				
	厚生年金保険料				
	失 業 保 険 料				
	労 働 組 合 費				
	小 計 (ロ)				
差引支給額 (イ) - (ロ)					
摘 要 欄	1. 給与の支給月				
	2. 次昇給予定年月	平成	年	月	概算額 円
	3. 次賞与予定年月	平成	年	月	概算額 円
	4. そ の 他				

この証明書は国民健康保険一部負担金減免・猶予の申請のため、必要とするものです。