

決裁	市長	助役	部長	次長	課長	課長代理	係長	係員

# 国民健康保険一部負担金

減免額  
徴収予除

# 申請書

被保険者証	記号	寝	国	番号				
療養の給付を受ける者	氏名	寝屋川市		生年月日	年	月	日	続柄
	住所	寝屋川市 町		番 番地	号			
医療機関名	初診日		年	月	日	傷病名		
申請事項	1. 徴収猶予	年	月	日	年	月	日	
	2. 減額	金額		円 (一部負担金の		割)		
	3. 免除	金額		円				
申請理由	上記のとおり申請します。							
<p>寝屋川市長 様</p> <p>住所 寝屋川市 町 番地 号</p> <p>世帯主 氏名</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">印</p>								
受付日	整理番号	承認期間						
年 月 日	No.	月 日～ 月 日						

# 意見書 (医科) (歯科)

療養の給付を受ける者

傷病名	医科	(1)	診療開始年月日	年	月	日
		(2)		年	月	日
		(3)		年	月	日
歯科	(部位)			年	月	日

治療見込期間	通院治療期間	年	月	日	特記事項	一部負担金見込	月	日	月	日		
	入院治療期間	年	月	日			月	日	月	日	月	日
	通算治療期間	年	月	日			月	日	月	日	月	日
	医療費総額見込	円	月	日			月	日	月	日	月	日

一部負担金納入状況	(1)	年	月	日	日まで納入	(2)	納	入	な	し
-----------	-----	---	---	---	-------	-----	---	---	---	---

上記のとおり治療の必要を認めます。

平成 年 月 日

寝屋川市長 様

(療養取扱機関)

機 関 名

住 所

担当医師名



(お願い) 必ず治療見込期間を記入して下さい。記入なき場合、申請月のみ証明書を発行します。