様式第11号(第26条関係)

決	市長	副市長	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係	証明書発行番号	
									減額 免除 徴収猶予	期間　　月 割合　　割
裁	年　月　日 右のとおり決定してよろしいか								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

被保険者証	記　号	北	番　号	
療養の給付を受ける者	氏　名	個人番号	世帯主との続柄	
	生年月日	年　月　日生		

保険医意見	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
	保険医	住所 氏名　　(署)		

減額 免除 徴収猶予	期間　　ヵ月　　割合　　割
事　由	

上記のとおり申請いたします。
年　月　日

世帯主　住　所
氏　名
個人番号
電話番号　　(　　)

(あて先)　北茨城市長

処理区分	受付	調査	決定通知					