

様式第1号（第4条関係）

国民健康保険一部負担金（減額・免除・徴収猶予）申請書

被保険者証記号番号	阿賀							種別	一般・退本・退扶	
療養の給付を受ける被保険者	氏名					個人番号				
	住所							性別	男・女	
	生年月日	昭・平	年	月	日	世帯主との続柄				
傷病名				発病又は負傷年月日				年	月	日
医療機関の名称及び所在地	名称									
	所在地									
申請区分	<input type="checkbox"/> 減額 <input type="checkbox"/> 免除 <input type="checkbox"/> 徴収猶予									
申請内容	減額の場合の割合	<input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 80%								
	徴収猶予の場合の期間	か月（3か月 ※最大6か月）								
申請事由										
関係書類を添えて、上記のとおり申請します。										
阿賀町長 様										
平成 年 月 日										
住所										
申請者 氏名 印										
(世帯主) 個人番号										
電話番号										

世帯状況申告書

同一世帯の状況

氏名	個人番号	続柄	性別	生年月日	職業	勤務先	月収	備考
			男・女	年 月 日			円	
			男・女	年 月 日			円	
			男・女	年 月 日			円	
			男・女	年 月 日			円	
			男・女	年 月 日			円	
			男・女	年 月 日			円	
			男・女	年 月 日			円	
			男・女	年 月 日			円	

家族で住所が別な者

氏名	個人番号	続柄	生年月日	住所	職業又は 勤務先	月収	備考
			年 月 日			円	
			年 月 日			円	
			年 月 日			円	
			年 月 日			円	
			年 月 日			円	

上記のとおり申告します。

阿賀町長 様

平成 年 月 日

世帯主氏名

印

収入申告書

区分	氏名	今月の収入等見込額		前3か月分の収入額等			仕事の種類及び 収入の具体的内容
				月分	月分	月分	
営業収入		総収入	円	円	円	円	
		諸経費	円	円	円	円	
		差引	円	円	円	円	
		総収入	円	円	円	円	
		諸経費	円	円	円	円	
		差引	円	円	円	円	
		総収入	円	円	円	円	
		諸経費	円	円	円	円	
		差引	円	円	円	円	
		総収入	円	円	円	円	
		諸経費	円	円	円	円	
		差引	円	円	円	円	
その他の収入	年金	円	円	円	円		
	家賃等	円	円	円	円		
	仕送り	円	円	円	円		
		円	円	円	円		
		円	円	円	円		
合計		円	円	円	円		

上記のとおり申告します。

阿賀町長 様

平成 年 月 日

世帯主氏名

印

給与証明書

氏名	年 月 日生		住所		
区分	今月（見込） （ 月分）	前3か月分			
		月分	月分	月分	月分
勤務日数	日	日	日	日	日
支払額	基本給	円	円	円	円
	日給	円	円	円	円
	扶養（家族）手当	円	円	円	円
	通勤手当	円	円	円	円
	住宅手当	円	円	円	円
	時間外勤務手当	円	円	円	円
		円	円	円	円
	小計（A）	円	円	円	円
控除額	所得税	円	円	円	円
	町県民税	円	円	円	円
	健康保険料	円	円	円	円
	年金保険料	円	円	円	円
	雇用保険料	円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
	小計（B）	円	円	円	円
差引（A）－（B）	円	円	円	円	円

上記のとおり証明します。

阿賀町長 様

平成 年 月 日

住所

事業主 氏名

印

電話番号

医師の意見書

被保険者証記号番号		阿賀		
被保険者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日		
傷病名			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
治療見込期間	入院	年 月 日から 日間		
	通院	年 月 日から 日間		
総医療費見込額	期 間		入・外 の 別	金 額
	年 月 日～ 年 月 日		入・外	円
	年 月 日～ 年 月 日		入・外	円
	年 月 日～ 年 月 日		入・外	円
	年 月 日～ 年 月 日		入・外	円
	年 月 日～ 年 月 日		入・外	円
上記のとおり治療の必要を認めます。				
阿賀町長 様				
平成 年 月 日				
保険医氏名			印	

※1 総医療費見込額の記載欄中、期間の記載については、月の初日から末日までを単位として記入してください。

※2 総医療費見込額については、各月ごとにレセプト等に見積もりを記載して添付する場合は、記載不要です。

預貯金・借入金・資産の状況

1 預貯金の状況

預入先	預金種別等	口座（証書）番号	名義	金額	備考
				円	
				円	
				円	
				円	
				円	
				円	

2 借入金の状況

資金の種類	借入金	借入時期	償還回数	毎月支払額	未償還額
				円	円
				円	円
				円	円

3 資産の状況

土地・家屋の別	延面積	所在地	名義

上記のとおり申告します。

阿賀町長 様

平成 年 月 日

世帯主氏名

印