

一部負担金減免等証明書

| | | | |
|-------------------|------------------------------------|------------|-----------|
| 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 | 住所 | | |
| | 氏名 | | |
| 傷 病 名 | | | 発病又は負傷年月日 |
| | | | 年 月 日 |
| 医療機関名称 | | 入 院 外 来 | 入院 |
| 証明区分 減 額 | 年 月 日 から 年 月 日 まで 割合 割 期間 か月 | | |

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

〇〇市長
〇〇 〇〇



〈お問い合わせ先〉

〒000-0000
〇〇市〇〇町1丁目2番3号 国保課
電話 000-000-0000