

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<br>氏名 |                                    | 生 年<br>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<br>外 来 | 入院        |
| 証明区分<br>減 額       | 年 月 日 から 年 月 日 まで<br>割合 割<br>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