

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