

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・令 |  | 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                                                                                                                                                      |      |                                                                                       |       |  |   |                                                                                        |   |           |      |       |         |  |    |    |     |          |  |  |
| <p>関係書類を添えて、上記のとおり申請します。</p> <p>阿賀町長 様</p> <p>令和    年    月    日</p> <div><div>申請者<br/>(世帯主)</div><div>住所<br/>氏名<br/>個人番号<br/>電話番号</div><div>印</div></div> |      |                                                                                       |       |  |   |                                                                                        |   |           |      |       |         |  |    |    |     |          |  |  |

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<br>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

令和 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<br>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  |                     |
|        |     | 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

令和 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）<br>（ 月分） | 前 3 か月分 |    |    |
|             |          |                 | 月分      | 月分 | 月分 |
| 勤務日数        |          | 日               | 日       | 日  | 日  |
| 支<br>払<br>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<br>除<br>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  |

上記のとおり証明します。

阿賀町長 様

令和 年 月 日  
住所  
事業主 氏名  
電話番号

印

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               |              |            |       | 診療開始<br>年月日 | 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<br>見込額       | 期 間          |            |       | 入・外<br>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            |              |            |       |             |       |
| 令和 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

令和 年 月 日

世帯主氏名

印