

災害、休廃業、失業などにより収入が著しく減少し、医療費の支払いが困難になった場合の申請書です。

記載例

一部負担金減額（免除）（徴収猶予）申請書

記号番号	新潟 12 - 345 - 67890	療養の給付を受ける者の氏名	新潟 花子 昭・平 ■■■年■■■月■■■日生		世帯主との続柄	妻
傷病名	〇〇症		発病又は負傷年月日	平成■■■年■■■月■■■日		
総医療費 所要見込額	1 か月	85,000 円	治療見込期間	発病負傷の日から 3 月 間		
	2 か月	65,000 円				
	3 か月	65,000 円	治療を受けている医療機関	所在地		
	4 か月	円		中央区学校町通■■番町■■番地■■		
	5 か月	円		医療機関名		
	合 計	215,000 円		〇〇病院		
世帯員の状況	氏 名	続柄	年齢	国保資格	職業又は学年	月収入額
	新潟 太郎	世帯主	43	●有○無	無職	*****
	新潟 花子	妻	41	●有○無	パート	*****
	新潟 柳都	子	15	●有○無	高校1年	
				○有○無		
				○有○無		
申請項目	この欄は記入不要です。		理由 失業により収入が無くなり、医療費の支払いが困難になったため			
	（宛先）新潟市長		平成■■■年■■■月■■■日			
世帯主		住所	中央区学校町通●番町●番地●			
		氏名	新潟 太郎			
		電話番号	■■■■-■■■■-■■■■			
決裁	部長		以下の欄は記入不要です。			
※決定の内容	減免除徴収猶予不承認		理由			
	割合 割合 期間 か月					
備考 1 減免等の理由を証明する書類を添付してください。 2 ※欄については記入しないでください。						